

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

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

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

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

При перепечатке материалов  
согласование с издательством  
обязательно.

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

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

Ежемесячный научно-практический журнал  
**ПСИХОТЕРАПИЯ**  
№ 10 (142), 2014 г.

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

*Содержание номера*

**ТЕОРИЯ. ФИЛОСОФИЯ. МИРОВОЗЗРЕНИЕ**

- МАКАРОВ В.В.**  
Достижения отечественной психотерапии ..... 2
- БАРАННИКОВ А.С.**  
Человек — величайшая радость или величайшее несчастье, реальность или обман?  
(экзистенциально-аналитическое понимание психологических механизмов  
травмирования человека человеком) ..... 6

**ОБЗОРЫ. ЛЕКЦИИ. ДОКЛАДЫ**

- ДОМОРАЦКИЙ В.А.**  
Психотерапия психосоматических расстройств ..... 18
- КУЗОВКИН В.В.**  
Консультативная психология как научно-практическая отрасль психологического знания ..... 24
- ТИТОВА В.В.**  
Психотерапия боли ..... 33

**МЕТОДИКА. МЕТОД. МОДАЛЬНОСТЬ**

- ЛИНДЕ Н.Д.**  
Эмоционально-образная терапия как новая отечественная модальность  
психодинамического направления психотерапии ..... 38
- ГРЕБНЕВ С.А.**  
Опыт двадцатилетней практической работы с больными с алкогольной и наркотической  
зависимостью. Комплексная программа, высокие результаты, один патент, два новых метода ..... 40
- КУЗНЕЦОВА Е.В.**  
Использование арт-терапевтических методов  
в коррекции эмоционально-волевой сферы детей-сирот ..... 45
- ГЛУШКОВА Л.Н.**  
Сексуальная культура и особенности репродуктивного поведения молодежи  
Восточно-Казахстанской области ..... 48

**ИЗ ОПЫТА ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ**

- БЕРЕЗИНА В.Н., БЕРЕЗОВСКАЯ И.И.**  
Результаты групповой телесно-ориентированной психотерапии с пациентами с аддитивными  
расстройствами и нарушениями социальной адаптации ..... 51
- САНДОМИРСКИЙ М.Е., БИРЮКОВ М.А.**  
Новые подходы к исследованию психосоматического статуса  
при занятиях телесными оздоровительными практиками ..... 53
- ПАЛКИНА Л.А.**  
Опыт оказания психолого-логопедической помощи  
больному афазией при введении его в состояние транса ..... 57
- СМИРНОВА Ю.М.**  
Проект «Практические занятия тренингового формата  
для студентов первого курса факультета клинической психологии» ..... 60
- СИТНОВА И.В.**  
Инстинктивно-эмоциональные, бессознательные механизмы депривационной напряжённости  
современного общества ..... 62
- ХОХЛОВ Р.С.**  
Взаимосвязь детско-родительских отношений и суицидальной активности у подростков ..... 65
- НОВИКОВА Т.В.**  
Развитие символической функции у детей дошкольного возраста ..... 67
- ЗУЙКОВА Н.Л.**  
О терапии психосоматозов через призму теории о сценариях ..... 69

**ТОЧКА ЗРЕНИЯ. ДИСКУССИИ**

- ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЛИГА**  
Тезисы выступлений на Международном конгрессе «Отечественные традиции и новации в психотерапии,  
практической и консультативной психологии» 17–19 октября 2014.  
Список участников: от Ж до П включительно ..... 72



## Достижения отечественной психотерапии

МАКАРОВ В.В.

президент Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги и Азиатской Федерации Психотерапии, Вице-президент Всемирного Совета по Психотерапии, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук, профессор. Россия, Москва.

*Рассматриваются основные достижения отечественной психотерапии. В их числе: четырёх-частная, био-психо-социо-духовная парадигма понимания объекта психотерапии; континуальное понимание этиологии нарушений; новая четырёхчастная парадигма образования; новые подходы к регуляции психотерапии, модальности психотерапии и интегративные подходы, всемирная интеграция психотерапии.*

История психотерапии новейшего времени пишется на наших глазах и более того, с нашим участием. Первая сложившаяся в Российской Федерации научная школа получила название Ленинградская. Многие из её сторонников работали в Научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.Н. Бехтерева и развивали идеи В.Н. Мясищева. Школа развивалась под руководством Б.Д. Карвасарского. Здесь сложилась трёхчастная био-психо-социальная парадигма понимания человека.

Здесь избегали гипноза и занимались личностно-ориентированной психотерапией, причем как индивидуальной, так и групповой. На базе этой школы в последующем сложился Всероссийский Федеральный научно-методический центр по психотерапии и медицинской психологии.

Вторая школа называлась Московской. Она соответствовала заказу тоталитарного государства. А такое государство в любой стране всегда подавляет разнообразие психотерапии.

В Московской школе занимались клинической, психиатрической психотерапией. Соединяющую психиатрическую парадигму с гипнозом, аутогенной тренировкой и рациональной психотерапией. В недрах Московской школы складывались новые, авторские направления психотерапии.

Например, развивая концепцию эмоционально-стрессовой психотерапии, во Всесоюзном Центре развивалась клиническая терапия духовной культуры (Терапия творческим самовыражением М.Е. Бурно).

Московская школа наиболее активно развивалась на кафедре психотерапии Центрального института усовершенствования врачей ( в настоящее время Российская медицинская академия последипломного образова-

ния). Здесь, под руководством профессора В.Е.Рожнова, функционировал Всесоюзный центр по психотерапии.

Отсчет эпохи самостоятельного становления психотерапии в СССР можно начинать с 1985 года. В этом году в результате усилий Всесоюзного центра по психотерапии был издан известный приказ № 750 Минздрава СССР по психотерапии: в СССР впервые появилась специальность врача-психотерапевта. Вышла в свет книга профессора Б.Д. Карвасарского «Психотерапия». В нашей официальной, профессиональной литературе наконец-то появились описания современных западных методов психотерапии. И это было не огульно критическое описание, как раньше.

В книге научно излагались концепции и подходы, приводились факты. А при описании теоретических основ психотерапии было убедительно показано, что психотерапия представляет собой интердисциплинарную специальность, теоретические и практические основы которой находятся в психологии и — в значительно меньшей степени — в пограничной психиатрии.

То есть в большей степени гуманитарная область, чем естественнонаучная. Итак, психотерапия как медицинская, врачебная специальность в нашей стране была введена в 1985 году, ровно через 100 лет после начала самостоятельной истории современной психотерапии в Западной Европе.

Специалисты и общественность нашей страны начинают с восторгом знакомиться с западными методами психотерапии. Теперь это уже очное знакомство, знакомство из первых рук. К нам приезжает целый ряд западных специалистов, среди которых и весьма известные. Более того, многие наши профессионалы, работающие в столицах, начали выезжать за рубеж. С конца восьмидесятых, начала девяностых прошлого века психотерапией начали активно интересоваться Советские



психологи. Они активно включились в изучение западных методов психотерапии. А там психотерапия не являлась и сейчас не является единой специальностью, а разделена на множество отдельных, самостоятельных модальностей. У каждой из них есть свои достижения. Они зачастую, в лучшем случае, просто не замечают друг друга, а порою жёстко конкурируют. И в нашу страну вместе с научно-практическими достижениями модальностей психотерапии запада, пришёл «вирус» конкуренции.

30 октября 1995 года вышел приказ № 294 Министерства здравоохранения России «О психиатрической и психотерапевтической помощи». Он по-новому определял роль и место отечественной психотерапии в здравоохранении. В нем, по сути дела, психотерапевт рассматривается как врач-психиатр. А психотерапия впервые становится разделом психиатрии.

Данный приказ и последовавший за ним приказ № 391 от 26 ноября 1996 года «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь» внесли значительные изменения в состояние и развитие психотерапии в стране. Во-первых, они подготовлены психиатрами, для нужд психиатрической службы. Распространение их положений на другие медицинские службы и даже за пределы медицины часто приводит к неудовлетворительным последствиям.

В девяностые годы начали складываться общественные профессиональные организации в области психотерапии. Прежде только в Научном обществе невропатологов и психиатров была секция психотерапии, да некоторые отдельные направления психотерапии создавали свои небольшие сообщества. Ситуация в корне изменилась в 1994 году, когда состоялся учредительный съезд Российской Психотерапевтической Ассоциации (РПА).

Эта общественная профессиональная организация объединила врачей-психотерапевтов и некоторую часть медицинских психологов большинства регионов Российской Федерации. Она очень тесно сотрудничает с Обществом психиатров России и Министерством Здравоохранения России. Участвует в разработке приказов и других методических материалов Министерства здравоохранения. Развивает сотрудничество с зарубежными партнерами. Активно занимается научно-исследовательской и педагогической работой.

Новой большой профессиональной общественной организацией является созданная в 1996 году Общероссийская Профессиональная Психотерапевтическая Лига (Лига или ОППЛ). Она объединяет различных специалистов в области психотерапии.

Членом Лиги может стать каждый, кто использует психотерапию в своей профессиональной деятельности или обучается психотерапии.

Лига является зонтичной организацией, объединяющей все методы (модальности) психотерапии. Она объ-

единяет всех профессионалов занятых психотерапией. А это в нашей стране значит: психотерапевтов, психологов-консультантов, практических психологов, часть медицинских психологов, психотерапевтически ориентированных медиаторов. Лига стремится объединять профессионалов.

В это же время психотерапия бурно развивалась и за пределами столиц, в частности на Востоке страны. Так на Урале в Сибири и на Дальнем Востоке сложилось движение в области психотерапии, которое нельзя было назвать школой, это было скорее направление. Как теперь говорят тренд движения.

Так, в Красноярск с 1991 по 1996 год ежегодно обучаться психотерапии и обмениваться опытом ежегодно приезжало до 2500 человек. В 1995 году дважды приезжал Борис Дмитриевич. Обсуждение с ним дальнейшего развития психотерапии завершились тем, что только небольшая часть Восточного тренда присоединилась к Ленинградской школе психотерапии и, как мы теперь видим, внесли весомый вклад в развитие психотерапии. Основное же движение восточного тренда присоединилось к Московской школе психотерапии, придав ей новый импульс развития.

Два самых больших международных конгресса в области психотерапии в России проведены Лигой. В 2001 году это X Европейский конгресс: « Психотерапия Запада -Психотерапия Востока» по психотерапии. В нём участвовало 1350 профессионала. Отечественные и западные специалисты отметили бурный рост психотерапии в России и её большое отличие от психотерапии стран Европы. 1 Евразийский конгресс:» Психотерапия без границ: прошлое, настоящее и будущее»... в 2013 году собрал 2110 человек, более чем из 40 стран мира....

И с точки зрения участвовавших в нём отечественных и зарубежных профессионалов наша психотерапия за эти двенадцать лет проделала огромный путь и продолжает своё бурное развитие.

Отличие психотерапии от всех других областей медицины или психологии в том числе – крайнее разнообразие школ методов и методик.

В выдающемся труде, описывающем мировую психотерапию «Энциклопедии психотерапии» под редакцией Б.Д. Карвасарского подробно описано более 800 методов психотерапии.

Причём «при написании статей авторы стремились, насколько это было возможно, избежать какой бы то ни было тенденциозности, поскольку целью создания энциклопедии было не критическое переосмысление истории отечественной психотерапии в свете происходящих в нашей стране изменений, а описание мировой психотерапии как целостной дисциплины». Конечно, психотерапия сегодня вовсе не является целостной дисциплиной, многие методы рассматривают себя просто как отдельные самостоятельные специальности.

И хочу повторить, что это пришло к нам с Запада.



В результате дискуссии в ОППЛ во всём многообразии психотерапии мы выделяем: техники-методики-авторские методики-модальности (методы) и направления психотерапии. Такое подразделение позволяет нам сделать мир психотерапии более упорядоченным. Мы с большой бережностью относимся к творчеству наших профессионалов. И реестр методов психотерапии сегодня состоит из 42 модальностей. Конечно, он далеко не полон и мы ждём и другие методы. Ведь пока мы разделены на множество мелких структур, наш голос вряд ли будет услышан обществом и тем более государством. Ведь в государственных организациях психотерапия пока не процветает. Ставки врачей психотерапевтов заполняются не профессионалами и сама численность занятых в государственных структурах психотерапевтов сокращается. Вместе с тем бурно развивается не государственный сектор психотерапии. По всей стране закрываются кафедры психотерапии, в Москве их недавно было 6, теперь 2. А вот негосударственных образовательных центров в области психотерапии уже более 500 только в Москве. Здесь мы не говорим о тренажах, работающих в качестве индивидуальных предпринимателей. Согласно экспертным данным у нас в стране около 40.000 психотерапевтов. Из них около 3000 врачей психотерапевтов с базовым психиатрическим образованием, около 2000 врачей без психиатрического образования и около 35 000 специалистов с базовым психологическим образованием. А занимающихся психотерапией, использующих её в своей работе значительно больше.

Кто же их объединяет. Во многом это делает Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига. На 10 января 2014 года в Лиге зарегистрировано 7962 члена. Психотерапия - молодая область. Мы ищем контакты и готовы сотрудничать со многими, и уже принадлежим сами себе! И всё более чётко осознаём нашу профессиональную самоидентификацию. В течение трёх прошедших десятилетий нашей основной задачей было изучение и адаптация к условиям нашей страны психотерапии Запада и традиционных практик Востока. Мы и впредь продолжим эту деятельность. Только теперь нашей основной задачей будем разработка и внедрение в практику новой психотерапии для граждан новой России.

Подводя итоги проделанной работе, важно обратить внимание на следующие очевидные достижения отечественной психотерапии. Назовём восемь из них. Вслед за трёхчастной био-психо-социальной парадигмой понимания человека в психотерапии, сложилась и четырёхчастная парадигма понимания объектов психотерапии: человека, группы семьи, общества в целом. Это четырёхчастная био-психо-социо-духовная парадигма дополнена четвёртой, базовой составляющей – духовностью. Именно духовная составляющая представляется основным трендом развития психотерапии. Здесь мы ориентированы на светскую духовность, а так же выдающиеся достижения конфессиональной духов-

ности. Психотерапевты теперь работают не только с человеком, семьей, группой, но и обществом в целом. Это новое направление нашей работы особенно интенсивно развивается под руководством профессора А.Л. Каткова в Международном институте социальной психотерапии в Санкт-Петербурге.

Вслед за психоаналитиками и семейными психотерапевтами мы ищем причины расстройств в раннем детстве наших клиентов и пациентов, вслед за гуманистическими психотерапевтами мы ищем и находим причины расстройств в настоящем наших клиентов и пациентов. Вместе с тем, именно в нашей стране этого оказалось недостаточным. Именно у нас всё больше клиентов и пациентов причины расстройств которых кроется в их будущем, в ещё не наступившем времени. Таким образом, сложилось новое континуальное понимание этиологии расстройств наших клиентов и пациентов. Причины их нарушений могут быть в их прошлом, настоящем или, ещё не наступившем, будущем. А иногда в двух или трёх временных сферах жизни сразу.

Отечественная психотерапия вышла за пределы нашей страны. Мы входим в Европейскую ассоциацию психотерапии активно участвуем в её работе и распространяем высокие профессиональные стандарты этой организации в нашей стране. Мы активно работаем в Азиатской Федерации Психотерапии. Обмениваемся опытом с коллегами из стран Азии, передаём им наш опыт. Мы интенсивно работаем во Всемирном Совете по Психотерапии. Что даёт нам возможность осваивать методы психотерапии, получившие своё развитие, во многих странах и всех континентах. Таким образом, в сложившейся мировой системе психотерапии мы занимаем место, достойное Российской психотерапии.

В нашей стране постоянно складываются свои – отечественные методы психотерапии. Мы с большим интересом изучаем методы, как теперь часто пишут и говорят, зарубежные модальности. Внедряем в нашей стране их. И конечно, с самым большим вниманием, бережно относимся к достижениям отечественной психотерапии. Так общественное, профессиональное признание в нашей стране получило 43 метода психотерапии, большинство из них разработаны профессионалами Российской Федерации и Украины.

В нашей стране есть особая тенденция к объединению методов психотерапии. Ведь психотерапия, вплоть до девяностых годов прошлого столетия, у нас развивалась как единая дисциплина, впитывающая в себя, достижения различных школ и направлений. Вслед за этим начали развиваться отдельные методы психотерапии. А отечественные традиции вылились в формировании, в начале, Российской мультимодальной психотерапии, а в последние годы и отечественного варианта интегративной психотерапии получившего название полимодальная психотерапия.

Важнейшей частью психотерапии является образование профессионалов. Наше образование отличается



от двухчастного образования в других областях, где оно складывается из теории и практики. В нашем образовании обязательным является, конечно, теория и практика; кроме того необходима личная терапия или познание границ собственной личности и учебная супервизия. Таким образом, образование в психотерапии четырёхчастное. Мы понимаем, что такой подход делает образование длительным и дорогостоящим.

Только без этого обойтись не удаётся.

И, конечно же, важнейшим аспектом развития нашей психотерапии является её регулирование. До настоящего времени государственному регулированию подвержена только психотерапия в медицинских учреждениях. Общественным регулирование психотерапии занимает-

ся Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига. Обсуждается проект Федерального закона Российской Федерации « О психотерапии»

Завершено обсуждение в профессиональном сообществе третьей редакции проекта этого закона. Продолжаем работу в области профессионального саморегулирования психотерапии, создаем Саморегулируемую Организацию « Некоммерческое партнёрство психотерапевтов и психологов» призванную регулировать все аспекты нашей профессиональной жизни.

Таким образом, достижения отечественной психотерапии весьма впечатлительны! Мы уверенно смотрим в будущее. Впереди у нас много работы и новые достижения!

## ***Achievements of Russian native psychotherapy***

**VICTOR V. MAKAROV**

President of the All-Russian Professional Psychotherapeutic League and of the Asian Federation for Psychotherapy, Vice-President of the World Council for Psychotherapy, Head of the Chair of Psychotherapy and sexology, Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Doctor of Medicine, M.D., professor. Russia, Moscow.

*The main achievements of Russian native psychotherapy are viewed, including: four-part biopsychosociospiritual paradigm of understanding the object of psychotherapy; continual understanding of the etiology of problems and disturbances; new four-part paradigm of professional training; new approaches for the regulations of psychotherapy; modalities of psychotherapy and integrative approaches; world integration of psychotherapy*



## **Человек — величайшая радость или величайшее несчастье, реальность или обман? (экзистенциально-аналитическое понимание психологических механизмов травмирования человека человеком)**

**БАРАННИКОВ А.С.**

доктор медицинских наук, профессор Московского социально-педагогического института, председатель секции экзистенциальной психотерапии ОППЛ, член совета директоров Российско-Австрийского института экзистенциально-аналитической психологии и психотерапии. Master of Science австрийского университетского научного центра. Сертификат GLE-international, тренер и супервизор. Психиатр высшей категории.

*В статье рассматриваются механизмы травмирования человека человеком с позиций современного экзистенциального анализа. Обращается внимание на уникальность человека, обусловленную его духовной сущностью и потребностью в духовно-экзистенциальной Встрече. Причины перегрузки и блокады переживания при травме связываются с противоречивостью и большой комплексностью переживания в момент травмирования. Человек оказывается не готов к восприятию обрушивающейся на него реальности. Это приводит к утрате экзистенциальной соотнесенности и перегрузке психодинамики. Рассматриваются последствия травмы, а также, связанные с ними возможности психотерапии. Ведущая роль в переработке последствий отводится феноменологически определяемой силе Person (центр духовного измерения) и Встрече со специалистом.*

*Ключевые слова: психическая травма, экзистенциальный анализ, терапия психической травмы, последствия психической травмы.*

Что несет с собой человек – величайшую радость или величайшее несчастье? Эта дилемма всегда присутствовала в жизни человечества и как практика жизни и как философская тема (Сократ, Платон). Она присутствует и в жизни каждого из нас, высвечиваясь в повседневности, во многих психологических, педагогических и социальных проблемах.

Но и в психотерапии она возникает иногда явно, иногда на заднем плане в процессе работы специалиста с клиентами и пациентами. Эта дилемма приобретает особо острое звучание в связи с темой психической травмы, благодаря которой становится отчетливо видна человеческая уникальность и незаменимость.

Среди различных причин психических травм преобладающее значение (до 70%) играют причины связанные с другим человеком [14,17].

Чаще всего речь идет либо об утрате близких и значимых людей, либо о плохом обращении с травмированными. Травмы и их последствия знакомы большому количеству людей.

Так, по данным М. Решетникова, почти каждый человек перенес когда-либо опыт травматизации [13]. Травма, как физическая, так и психическая всегда ведет к повреждению и разрушению субстрата. Этот смысл содержится уже в самом значении древне-греческого слова

(рана или повреждение). Такое воздействие не может не оставлять после себя серьезных последствий.

В то же время, наличие другого, доброжелательно настроенного и специально подготовленного человека является одним из необходимых условий для излечения и для оказания помощи тому, кто страдает. При этом представления о психологических механизмах травматизации и о психологических механизмах излечения от ее последствий связаны с теми концепциями, которые лежат в основе понимания природы человека и психотерапевтического процесса в целом различными направлениями психотерапии.

Учитывая большую частоту травм, обусловленных «человеческим фактором», актуальность этой темы, как для психотерапии, так и для повседневной жизни, нам хотелось бы попытаться раскрыть психологические механизмы травмирования человека человеком с позиций современного экзистенциального анализа, который по своему описывает то особое значение, которое имеют человеческие взаимоотношения для жизни и для возникновения патологии. При этом нам хотелось бы отметить особенности подхода современного экзистенциального анализа к пониманию травмы (в отличие от некоторых других парадигм), привести примеры феноменологической картины переживания травмированных, попытаться проанализировать психологические механизмы



влияния «человеческой» травмы на комплексный процесс переживания и исследовать возможности терапии пациентов с последствиями травм в зависимости от того, какова динамика этих последствий.

Попытаемся определить некоторые отличительные особенности подхода современного экзистенциального анализа к изучению феномена травмы.

### **Особенности подхода современного экзистенциального анализа к изучению феномена травмы**

Для того, чтобы увидеть отличительные особенности экзистенциально-аналитического подхода к пониманию травмы коснемся вкратце представлений психодинамического и когнитивно-поведенческого направлений психотерапии об этом феномене.

В развитии представлений З.Фрейда о механизмах возникновения травмы отмечалась определенная этапность. Вначале он подчеркивал важную роль неблагоприятных внешних обстоятельств. В дальнейшем он отводил приоритетное значение внутренним побуждениям травмированных и индуцированным ими фантазиям [13]. С точки зрения А.Лэнгле, ошибка З.Фрейда при отказе от теории травмы в пользу теории инстинктов могла сыграть отрицательную роль в недостаточном уделении внимания феномену травмы последующими поколениями специалистов [6].

Сегодня признание роли внешних воздействий на человека и роли процессов, происходящих в его внутренней, психической сфере при травме является общепризнанным и непротиворечивым. Однако представления о характере такого воздействия и его последствиях существенно отличаются в рамках различных психотерапевтических школ.

Многие взгляды З.Фрейда на травму сохранили свое значение и в настоящее время. В последующем они вошли в число «основных постулатов психоанализа» [13]. В то же время, несмотря на признание многих положений, выдвинутых З.Фрейдом («прорыв в защитном барьере от внешних стимулов, ведущий к чувству подавляющей беспомощности», сопутствующее блокирование аффекта, важность воспроизведения исходного травматического момента и многие другие), понимание механизма воздействия травмы на психику, природы защитных механизмов и подходов к реконструированию исходного травматического опыта было разным даже в рамках психодинамического направления [3].

Так, к примеру, если З.Фрейд придавал большее значение сексуальной травматизации и отреагированию агрессии, то К. Юнг отмечал значение демонических архетипических основ психики и артикулирования, очеловечивания архетипических переживаний [3]. Встречались различия во взглядах на травму и у представителей более современных модификаций психоанализа (Э.Нойман,

Л.Стайн, М.Фордем, Дж.Хилман, Д.В.Винникот и др.). Современная когнитивно-поведенческой модель посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) акцентирует внимание на когнитивных аспектах переработки травмирующих событий [2]. Именно когнитивным оценкам отводится роль ведущего фактора, способствующего возникновению ощущения постоянно присутствующей угрозы у перенесших травму.

При этом негативно оценивается факт травматического события, сам травмированный, его поведение, поведение других людей после травмы и появления симптомов ПТСР (см. там же с.52,57). С позиций когнитивно-поведенческой модели фокусирование на этих когнитивных оценках в сочетании с дисфункциональными поведенческими и когнитивными стратегиями совладания ведут к хронификации проявлений ПТСР.

Оживлению травматических переживаний и когнитивному переструктурированию отводится главное место в терапии последствий травмы.

Большинство современных школ психотерапии в определении посттравматического стрессового расстройства сходятся на формулировке, которая представлена в МКБ 10, где травматические события связываются с опытом, который с точки зрения субъективного восприятия выходит за рамки повседневной человеческой жизни [4].

Признавая роль когнитивного аспекта переработки травмы, А.Лэнгле обращает внимание на то, что влияние травмы долго не распознавалось в психотерапии, и сама эта тема была менее популярна у экзистенциальных психологов и психотерапевтов, чем такие традиционные экзистенциальные темы, как неудача, абсурдность и смерть [6].

Развитие экзистенциального направления было связано с выделением роли духовного измерения в жизни человека. «Упрямство духа» В.Франкла было необходимо для того, чтобы преодолеть психоэтический антагонизм [15].

В первой половине 20 века многие направления психотерапии старались дополнить антропологию З.Фрейда и преодолеть ее редукционизм. Для развития экзистенциального анализа большое значение имело противопоставление духовности и психодинамики, поскольку оно закладывало антропологические основы логотерапии и давало видение возможных перспектив человеческой жизни в виде наполненного смыслом духовного развития, либо экзистенциального вакуума, сопровождающегося утратой смысла и неврозом [15].

Формированию концепции травмы в современном экзистенциальном анализе способствовало развитие самого этого направления, происходившее наиболее интенсивно последние три десятилетия благодаря работам А.Лэнгле и членов организованной им при одобрении В.Франкла Международной ассоциации GLE-



international. Это привело к значительным дополнениям концепции логотерапии В.Франкла, благодаря которым это направление достигло уровня высокой степени доработки как в антропологии, так и в методологии. К числу основных дополнений логотерапии мы могли бы отнести следующие:

1. Значительное расширение представлений об экзистенции и условиях ее достижения [ 5 ].
2. Формулирование более развернутой и более взвешенной позиции в отношении психодинамики [9], в которой признается ее важное значение для переживания и поведения.
3. Признание комплексной природы человека, отмечающееся также и в других направлениях психотерапии.
4. Расширение антропологических представлений о структуре и процессе переживания с определением ведущей роли Персоны (Person – центр духовного измерения) и персональной активности [8].
5. Развитие феноменологического метода и сосредоточенность на индуктивно-процессуальном подходе [10].
6. Обоснование роли самопознания в образовательном процессе [7].
7. Создание самодостаточной концепции консультирования и психотерапии экзистенциального анализа.
8. Разработка метода Персонального экзистенциального анализа и других методов, которые нацелены на мобилизацию персональной активности и достижение «согласия»[11].

Эти и многие другие изменения позволили прийти и к более дифференцированным представлениям о психопатогенезе и терапии основных форм патологии. Понимание основных принципов современного экзистенциального анализа и эволюции этого направления делает возможным лучшее понимание его современной концепции травмы.

Мы хотели бы особо отметить, что для экзистенциального анализа является важным то, каким образом травма воздействует на переживание, как она меняют его структуру и комплексный процесс. Несомненно, такой подход будет сосредоточен на различных формах духовной активности Person, на возможностях их реструктурирования после вредоносных воздействий. При этом рассмотрение механизмов и последствий воздействия травмы на переживание должно осуществляться на основе реальных фактов, реальных высказываний пациентов в силу феноменологических ограничений попыток интерпретирования и мистифицирования того, что имеется.

Почему переживаемый при травме опыт выходит за рамки повседневного? Ответ на этот вопрос А.Лэнгле связывает с тем, что «человек в процессе жизни адаптируется к реальности, представляя ее надежной, удобной, вселяющей уверенность и вызывающей доверие»[6]. Однако он узнает о своей незащищенности при столкно-

вании с реальностью другого рода. Эта реальность «своей непостижимостью потрясает человека до глубины души». Такую ситуацию А.Лэнгле называет «обманом бытия». Из-за интенсивности происходящего затрагивается вся комплексная структура экзистенции, возникает перегрузка психодинамики и буксует процесс переработки. Это приводит к полной блокаде Я и параличу переживания. Из-за слишком сильного воздействия происходящего «Я не может стабильно осуществлять свою активность... Травма взрывает экзистенциальную связанность во всех значимых измерениях экзистенции и, тем самым, отнимает у Я почву для осуществления процесса переработки» [6].

При терапии травмы очень важен толчок со стороны Ты другого человека, который благодаря диалогу предоставляет травмированному свою экзистенциальную укорененность. Это происходит благодаря Встрече и взаимному резонированию. Результатом этого является развитие внутреннего диалога у пациента, приводящего к тому, что травматические переживания растворяются и его собственная Person (центр духовной личности) становится крепче и осязаемее [6].

Уже в этом кратком описании мы видим существенные отличия во взглядах на травму в экзистенциальном, психодинамическом и когнитивно-поведенческом понимании. Явными становятся и некоторые отличия в терапевтических подходах.

Прежде, чем мы коснемся особенностей травматизации человека человеком, попробуем определить в чем все-таки состоит уникальность человека с точки зрения экзистенциального подхода в консультировании и терапии?

Приоритетное значение для экзистенциального направления психологии и психотерапии, как мы это отметили уже ранее, конечно же, имеет духовное измерение человека. А центральная роль в его духовном развитии отводится современным экзистенциальным анализом «человеческому фактору» духовности-персональности. Это положение отличает данное направление от многих других. Именно духовные структуры содержат в себе аспект свободы, незавершенности, возможности формирования. Они позволяют рассматривать развитие, как потенциальность и как область персональной ответственности. Но для их формирования необходим другой Человек!

Диалогическая природа Person определяет ведущую роль Встречи (одно из ведущих понятий экзистенциального направления, предполагающее особую, духовно-персональную форму диалога) с другим человеком (как состоявшейся, так и не состоявшейся) для духовного раскрытия самого себя. Встреча несет в себе комплекс условий, необходимых для формирования и укрепления фундаментальных структур экзистенции (принятие, переживание ценности другого, его признание и утверждение легитимной автономности, перспективу



попадания в позитивные взаимосвязи и др.) [8]. Она играет роль питающей пуповины для развития Person и формирования экзистенции. И поэтому она столь же незаменима, как некоторые уникальные продукты питания. Исключение из рациона, например, мяса, требует от человека использования около десятка разного рода других продуктов для покрытия суточного дефицита. Нечто похожее мы могли бы отметить и в отношении человеческой Встречи. Это позволяет уже при первом приближении попытаться объяснить более высокую чувствительность к травматизации «человеческим» фактором, чем техногенным [6]. На заднем плане «человеческой» травмы мы всегда сталкиваемся с ситуацией лишения духовной Встречи! Но что же делает людей особо ранимыми в таких случаях? Каковы психологические механизмы такого воздействия? Как возникает при травме эффект непостижимости и паралич переживания? Почему это происходит?

Попробуем обратиться к опыту феноменологических наблюдений за пациентами с непсихотическими проявлениями травмы. Уделим при этом внимание не столько когнитивным оценкам и дисфункциональным стратегиям совладания у тех, кто перенес травму в прошлом (эти обстоятельства мы могли бы отнести к удерживающим последствия травмы условиям), сколько описаниям непосредственных переживаний в момент самой травмы. Могут ли нам что-то дать эти описания, несмотря на их фрагментарный, незавершенный характер? Обратимся к достаточно типичному случаю терапии последствий травмы в виде моббинга и к описаниям некоторых других пациентов.

### Разве могут разумные существа так себя вести

Пример №1. Пациентка А.14 лет обратилась за помощью и пришла на прием в платную поликлинику в сопровождении матери. Мама работала педагогом в той же школе, в которой училась девочка.

Причиной обращения были «странности в поведении ребенка». Они заключались в том, что девочка избегала прикосновений к предметам и мебели, которые были расположены в квартире. Это были шкаф, стулья, стол, настольная лампа и другие. Девочка не хотела к ним прикасаться руками, обходила их, испытывая в их присутствии дискомфорт и напряжение.

Другой проблемой, с точки зрения мамы, было то, что дочь испытывала негативные и агрессивные чувства ко всем людям, кроме родителей. Она говорила, что все люди – «недоумки и их не жалко». При этом она желала всем несчастий. Чувство ненависти распространялось у нее в особенности на своих сверстников и соучеников по школе. Когда она описывала свое отношение ко всем людям, особенно к сверстникам, у нее появлялось напряжение, лицо выражало агрессию. При этом она

говорила, что «готова всех убить». Эти высказывания шокировали маму. Такое состояние и поведение дочери продолжалось уже несколько лет. И мама и дочь связывали их с плохим отношением к девочке со стороны соучеников в старой школе, из которой ей пришлось уйти около 2-х лет назад.

При первой беседе девочка сообщила, что ей тяжело жить и справиться с собой. В связи с этим она согласилась обратиться за помощью к специалисту. Однако она отказывалась беседовать с психотерапевтом одна без матери. При попытках уточнить возможную причину такого психического состояния девочка рассказала, что оно появилось в период, когда она училась в другой школе и столкнулась с плохим отношением к себе со стороны соучеников по классу. У нее отмечалась повышенная полнота, которой она стеснялась. В старой школе она подвергалась нападкам со стороны сверстников, которые ее дразнили, унижали, оскорбляли.

При этом она проявляла агрессию в виде ответных угроз и оскорбляющих высказываний, пыталась сама защищать себя. Больше никто не приходил ей на помощь. Было несколько случаев, когда ее окружало большое количество агрессивных соучеников. В эти моменты она терялась, начинала испытывать беспомощность, не была способна сопротивляться и постоять за себя. Из-за повторения этих ситуаций девочка не хотела посещать школу, и мама была вынуждена перевести ее в ту школу, где она сама преподавала. Уже после перевода появилось избегание домашних предметов. Все эти предметы объединяло то, что они находились в квартире и в период унижений в школе и напоминали о них девочке. Родителям пришлось даже купить новый диван, чтобы девочка могла на нем спокойно спать.

В первой беседе она очень сильно волновалась, тяжело дышала при рассказе о себе. При этом отмечалась выраженная вегетативная реакция, когда пришлось рассказывать о нанесенных ей оскорблениях. Разговор был настолько для нее тяжелым, что она сообщила лишь отдельные факты травмировавших ее событий. Общая картина событий дополнялась на последующих встречах.

Рассказ девочки о ее переживаниях проходил спонтанно без моего давления. Меня беспокоило то, как она будет себя чувствовать после нашей встречи. Это было важно также и в связи с тем, что время встречи было ограниченным 50 минутами. Было ясно, что для более полного отреагирования ей потребуется значительно больше времени. Я выразил ей понимание и сочувствие в связи с ее страданием, а также, в связи с постоянно возникающими у нее агрессивными чувствами. Ее эмоциональное состояние в процессе беседы было в значительной степени насыщено аффектами и болью. Поскольку это состояние было тягостным и для самой девочки, я назначил ей уже при первой встрече небольшие дозы малого нейрелептика.



Повторная встреча произошла через неделю. Девочка сама попросила о ней свою маму. Уже после первой беседы она почувствовала значительное облегчение. В то же время, в последующие 8 встреч, которые проходили на протяжении 4-х месяцев (по две встречи в месяц), она приходила также вместе с мамой и не отпускала ее во время беседы. После 3-й встречи ей дополнительно был назначен антидепрессант. Мы общались периодически и по телефону. Во время беседы она становилась намного спокойнее. Как правило, она рассказывала о событиях, происходивших в школе и о своих актуальных переживаниях. В классе она себя чувствовала одинокой. Лишь одна из девочек уделяла ей внимание на переменках. Остальные дети вели себя достаточно равнодушно. Ее никто не обижал. В то же время, она постоянно находилась в напряжении, ожидая нападок. Иногда возникало впечатление, что А. преувеличивает недоброжелательность по отношению к ней со стороны сверстников. Эти факты нам приходилось уточнять.

На последующих встречах девочка больше рассказывала о себе. Она сообщила, что любит современную музыку и читает много художественной литературы. Своих сверстников она называла «дебилами», объясняя это тем, что у них нет знаний и интересов. В том, как она рассказывала о себе чувствовалось, что она страдает от одиночества, однако вынуждена быть одна, объясняя это тем, что сверстники не соответствуют ее уровню интересов и развития.

Несмотря на то, что на сессиях мы периодически касались неприятных воспоминаний, эти разговоры всегда сопровождалась выраженными эмоциональными реакциями. При этом девушка краснела и у нее появлялось выраженное напряжение. Она проявляла обиду и агрессию, высказывала угрозы в отношении обидчиков. Я давал ей возможность выразить свои чувства. Постепенно выраженность эмоционального реагирования стала уменьшаться.

В начале каждой сессии я обычно спрашивал А. о том, можем ли мы пообщаться вдвоем и как это было бы для нее удобнее. Но она выбирала вариант разговора в присутствии матери. Мама играла для нее роль сопровождающего в обычных повседневных делах: поход по магазинам, прогулка, посещение кинотеатра и др. Между собой у них были нежные доверительные отношения.

На 8-м занятии девочка согласилась побеседовать без мамы. Эта встреча имела характер кульминации в обсуждении травмировавших ее событий. А. в очередной раз вспомнила одно из них, хотя ей пришлось пережить несколько подобных ситуаций. Они вспоминались наиболее болезненно. Тогда ее обступили сверстники со всех сторон и стали оскорблять, называя глупой, толстой. Вначале она пыталась защищаться, но в момент, когда ее окружили несколько подростков, она потеряла способность говорить. Она испытывала тогда обиду, унижение, страх, сочетавшиеся с агрессией. Эти чувства

сопровождались ощущением полной беспомощности и растерянностью. На вопрос: «Что бы она сказала своим обидчикам?», - девушка ответила, немного подумав: «Вообще то у меня есть одно выражение специально по этому поводу». Это было сказано с демонстративной легкостью и улыбкой. Однако чувствовалось, что она потратила много времени на то, чтобы продумать эту фразу. Она звучала следующим образом: «Если бы вы знали, что одно неправильное слово может изменить всю жизнь человека, его мировоззрение, историю. Понимаете ли вы то, что делаете? Одно слово может убить!».

Я попросил девушку произнести эту фразу так, как будто перед ней были сейчас ее обидчики. Она не сразу решила это сделать, но потом, все же волнуясь, произнесла эти слова. После этого волнение несколько уменьшилось. Я спросил ее о том, что, по ее мнению, помогло бы ей в момент тяжелых событий помочь справиться с ситуацией и со своим состоянием. Она ответила, что могло бы помочь, если бы хоть один человек понял ее и поддержал в тот трудный для нее момент.

Я поинтересовался, не получила ли она тогда поддержку от мамы, не поддержала ли ее учительница. Она сказала, что несколько дней, после описанных ею событий, она ни с кем не делилась. Только потом она рассказала обо всем матери. Ей от этого стало немного легче. Но этого было не достаточно. С учительницей несколько раз разговаривала по поводу оскорблений мама. Но та формально согласившись с ней, заняла достаточно отстраненную позицию и провела лишь формальную и неэффективную беседу с обидчиками. А. сообщила также, что ей было намного лучше, если бы она получила поддержку «хоть от кого-нибудь из сверстников». В классе был тогда только один мальчик, который мог бы, по ее мнению, ее понять, оправдать и поддержать. Но в тот момент его не было в школе. Девушка не решилась ни разу обсудить с этим мальчиком сложную для нее ситуацию, хотя она и чувствовала в то время его к себе благосклонность. Ее волновала также и судьба этого мальчика. Было известно, что он так же, как и она, перешел в последующем в другую школу. Когда она о нем говорила, я чувствовал свет любви и надежды в ее глазах. Я поинтересовался также, почему ее так задело оскорбительное поведение сверстников. Она ответила: «Это же люди! Как могут разумные существа так себя вести?».

На следующей сессии девушка снова согласилась общаться без мамы. Мама в начале встречи сообщила, что дочь после предыдущего разговора «порхала и была такой веселой, какой она ее уже давно не видела». Когда мы с девушкой снова коснулись темы обидчиков, она сказала: «Я бы их всех убила! Но не только их, а и всех людей, кроме родителей! Люди не достойны того, чтобы жить!». После этой фразы я на какое-то время замолчал, думая над ее словами. Она посмотрела на меня умоляюще и спросила: «Вы, наверное, после таких слов не будете меня уважать?». Я ответил, что меня впечатляет



то, насколько глубоко она ранена и насколько глубоко она из-за этого одинока. Я спросил: «Может, стоило бы все-таки оставить еще кого-нибудь в живых?». Она подумала и ответила: «Наверное». И я и девушка были сильно впечатлены состоявшейся беседой.

На протяжении нескольких месяцев отмечалось изменение переживаний девушки в школе. Она стала чувствовать себя значительно комфортнее и охотнее посещала занятия. В своих отношениях она также стала более свободной. Больше общалась со сверстниками на переменах. В начале наших встреч А. очень зависела от того, обратит ли на нее внимание единственная из девочек, которая уделяла ей внимание (при этом А. ее описывала, как несимпатичную и, даже, отталкивающую). В последующем она стала относиться к этому намного спокойнее, сама расширяла круг своего общения. Уменьшилось и поведение избегания в отношении домашних предметов. Это происходило на фоне уменьшения душевного напряжения и дискомфорта.

В описанном случае мы сталкиваемся с тем, что оскорбительное поведение значимых для А. сверстников приобрело запредельный непостижимый характер. «Как могут разумные существа так себя вести!?!». В этой фразе отражено объяснение непостижимости и трудности в переработке плохого отношения со стороны другого человека. В описаниях девушки мы видим, как в момент обиды активизмы и агрессия сменялись рефлексом мнимой смерти. Вслед за этим развивалась блокада переживания, которая углублялась и фиксировалась в связи с повторявшейся травматизацией, а также, в связи с отсутствием поддержки и понимания со стороны «значимого другого». Возникшая боль и душевное онемение сопровождали блокаду переживания.

Одиночество девушки и отсутствие условий для диалогической переработки травмы создавали постоянную наполненность ее переживаний аффектами. Они привели к отвержению себя и жизни, к отвержению всех людей в связи с генерализацией обиды, к возникновению соответствующей установки. Эта динамика и блокада переживания сопровождалась появлением поведения избегания в отношении предметов, напоминающих девушке о нанесенной травме.

Формирование доверительных отношений с терапевтом происходило постепенно. По-мере отреагирования травмирующих переживаний степень аффективной заряженности становилась меньше. Пребывание в новой школе становилось более комфортным. Возможность быть увиденной в глазах другого (терапевта) принесла девушке облегчение своего состояния. Она впервые смогла высказывать вслух свой ответ обидчикам и постоять за себя. Этот ответ привел к смягчению агрессивных тенденций, к большей степени примирения с собой, с жизнью, с окружающим миром.

Если посмотреть на этот случай с точки зрения метода Персонального анализа (ПЭА), мы увидим, что

работа находится на уровне ПЭА1 – ПЭА2 (переход от первичной эмоциональной реакции к интегрированной эмоции) [11]. Несмотря на то, что терапия еще не завершена, удалось добиться значительного уменьшения аффективной заряженности, уменьшения поведения избегания, большей свободы в отношениях, появления тенденции к изменению отвергающих и агрессивных установок в отношении других людей и самой жизни.

Учитывая то, что после возникновения травмирующей ситуации прошло уже около 3-х лет, мы можем думать о посттравматическом личностном расстройстве (F 62.8). Показательным этот случай является и для иллюстрации того, как генерализованные и многоплановые расстройства восприятия формируют многочисленные переносы.

### **Обратимся также и к другому описанию непосредственного переживания травм**

Девушка 20 лет с посттравматическим личностным расстройством рассказывает о бесчеловечном отношении к ней родителей, которое она ощущала и ощущает многие годы. Когда в детстве не слушалась, родители ее обычно наказывали. При этом они «обращались с ней, как с животным». Например, мама могла сказать: «Ты сегодня вообще не будешь есть. Ты этого не заслужила». И она держала свое обещание. С ней могли целыми днями не разговаривать. Отец ее часто избивал. Никогда ей не устраивались праздники. С детства она постоянно ощущала, что «нет человечности, сострадания, положительного отношения».

Родители любили повторять: «Ты – никто и звать тебя – никак...». «Было очень больно, потом чувства пропали и стало немного легче». Описывая ситуации травм, девушка говорила следующее: «Я люблю их и хочу, чтобы меня любили. Но я видела, как отец или мать меняются на глазах, становятся жестокими». Далее она говорила: «Я не понимала этого. Я не могла быть другой! При этом мама хотела, чтобы я была с ней всю жизнь. Зачем это ей было нужно? В чем я была виновата? Но, когда меня обижали, я вдруг начинала чувствовать, что со мной могут сделать все, что угодно. Разве мама или папа могут так делать? Ведь я должна и хочу их любить». Я удивлялась: «Откуда такая жестокость?. Я и раньше и теперь не могу этого понять! Ведь нужен кто-то! Я пришла к богу, стала ходить в церковь. У бога есть сострадание. Когда лежала в больнице, чувствовала сострадание от медсестры. Она держала меня за руку и мне становилось легче. Я люблю маму. Когда она плачет, мне плохо...».

Эти описания являются ошеломляющими и непостижимыми для взрослого человека. Тем более трудно представить, как с этими событиями мог бы справляться маленький ребенок. Отличительными особенностями приведенных выше описаний было то, что травмы наносились высоко значимыми людьми.



Маленькие дети часто бывают не способны глубоко рефлексировать факт депривации и плохого обхождения с собой со стороны родителей. Однако подростки и взрослые делают это намного лучше. То, что со мной так обошелся МОЙ ОТЕЦ или МОЯ МАТЬ создает эффект запредельного, не вписывающегося в привычную картину мира переживания. Это связано с тем, что знание об огромной роли родителей приходит к нам еще в до-рефлексивный период нашей жизни через чувства. Эти чувства являются столь ранними, что их можно было бы назвать «врожденными аксиомами».

Именно поэтому все дети хотят любить своих родителей! С этим связана особая значимость и особая ранимость в отношении травмирующего воздействия родителей и других близких людей. Чувства сообщают детям также и об отсутствии принятия, любви, признания. Такие факты трудно «переварить».

Не только родители, но также и любой другой человек является необходимым резонатором и отражением для нашей духовной сущности. Он мог бы подпитывать и укреплять нас. Однако если этого не происходит, в результате сохраняющейся депривации и травм возникают чувства обделенности, пустоты, омертвения, обиды, боли [1]. Лишение духовности создает напряжение в фундаментальных экзистенциальных структурах переживания и блокирует доступ к важным экзистенциальным содержаниям. Думаю, что многим людям, как и мне самому, знакомы факты неперсонального обхождения со стороны других людей. После этих случаев нам приходится долго (если не многие годы) восстанавли-

ваться, даже если последствия не являются клиническими. На основе приведенных примеров мы могли бы попытаться определить некоторые общие закономерности в переживании травмированных другим человеком.

### Интенциональные особенности переживания в момент травматизации человека человеком

Каковы содержания переживания в момент травмы и как с ними справляется переживание? Что происходит на уровне духовно-экзистенциальных содержаний и на уровне психодинамики? Мы коснемся в основном самого момента травматизации и постараемся выделить то, что нам кажется наиболее существенным. При этом мы не будем детально останавливаться на всех аспектах и последствиях травмы.

Каким образом возникает эффект невосприимчивости, непреодолимости и последствия в виде невозможности переработки? Эта информация отражена на рисунке 1.

В многочисленных случаях травматизации человека человеком и, особенно, при большой значимости другого человека мы можем отмечать похожие закономерности в переживании. Всегда речь идет об определенном содержательном фокусе переживания. Это – содержания, связанные с травмируемым и содержания связанные с тем, кто наносит травму. В момент травмы в сознании травмированных всплывают и исчезают фрагменты мыслей о значимости того, кто травмирует и невозможности такого его поведения, о собственных позитивных чувствах и конфликтующих с ними негативных оцен-



Рис. 1 Основные интенциональные содержания переживания в момент травмы



ках обидчика. Это мышление в данном случае не является началом переработки. Это – своеобразное кружение и активизмы на уровне мышления.

Как правило, во всех случаях возникает противоречивое переживание: «Другой должен был меня уважать, встречать, любить, но он меня разрушает, убивает»; «Я должна была бы любить, уважать его, но я ненавижу, страдаю от него» и т.д. Мы видим также, что во всех случаях на заднем плане угрозе подвергаются представления о Мире, Жизни, Себе, Будущем и способность к переживанию эвидентности в отношении фундаментальных экзистенциальных содержаний. Так экзистенция теряет структуру, а Person – силу и способность к переработке случившегося.

Мы можем отметить в этой фазе динамики большую комплексность, противоречивость, расщепленность интенциональных содержаний переживания, приводящие к появлению аффекта. Именно противоречивые и комплексные оценки порождают сильный аффект. Он, в свою очередь, усиливает «кружение» оценок.

Взаимная подпитка содержаний и аффекта напоминает снежный ком, который стремительно несется с горы, лавинообразно нарастая.

Он приводит к эффекту НЕПОДГОТОВЛЕННОСТИ, ЗАПРЕДЕЛЬНОСТИ и НЕПОНИМАНИЯ, ПАДЕНИЯ В БЕЗДНУ УЖАСА.

Чем более значим травмирующий Другой, тем конфронтационность и острота переживания больше, а эффект производимого разрушения сильнее. Так возникает переживание БЕСПРЕЦЕДЕНТНОЙ НЕПОСТИЖИМОСТИ ЧЕГО-ТО, ЧТО БЫТЬ НЕ МОЖЕТ, сопровождающееся чувством «Меня нет и не может быть при этих обстоятельствах!». Реальность, приобретая черты чего-то нереального, обрушивается на человека, опрокидывая и обманывая его бытие.

Расщепленность в восприятии себя и другого в ситуации травмы может приводить (при формировании переноса) к более глубокой и стойкой расщепленности в виде утраты способности к целостному и адекватному восприятию реальности.

Эта расщепленность может также генерализоваться, распространяясь на Мир и людей вообще, ставит под сомнение ценность жизни и возможность быть самим собой. Она достигает глубины Основы Бытия и лишает травмированного человека способности переживать чувство эвидентности в отношении Фундаментальной Опоры [5]. Этому способствует то, что в трудную минуту нет никого, кто мог бы поддержать и защитить обиженного.

Психодинамика испытывает при этом сверхсильное напряжение, останавливая разрушение у последнего рубежа защиты в виде рефлекса мнимой смерти. Переживание, начавшись в фазе восприятия, на ней же и останавливается. Судорожные попытки переварить про-

изошедшее приводят к воспроизведению ужаса, непостижимости, бездонности и к параличу, который часто охватывает не только уровень психики, но и тела.

Психодинамика, разрушаясь, блокирует процесс переживания и лишает его необходимых для переработки рамочных условий (прежде всего – времени).

Этот эффект напоминает «эффект разорвавшейся стеклянной бутылки» из-за расширения, наполняющей его и замерзающей воды. Стенки бутылки – психодинамика. А разрастающийся аффективно-когнитивный комплекс – замерзающая вода. Так возникает поломка самого механизма переживания при травме.

Мы видим, какое значение в динамике травматических переживаний имеет Другой человек, который мог бы оказать поддержку в самый трудный момент (см.рис. №1). Мы можем назвать его настоящим посланцем экзистенции. Его значение особенно велико в момент травмы, когда играют огромную роль секунды, минуты и часы пребывания в состоянии потрясения. Эта ситуация напоминает ситуацию клинической смерти, когда каждая секунда может превратить изменения в необратимые.

Заканчивая данный раздел работы, который нам представляется чрезвычайно важным, хотелось бы подвести некоторые итоги. Как мы это уже отметили выше, особенностью интенциональных содержаний переживания в момент травмы является большая комплексность и противоречивость. Это, в свою очередь, обусловлено фундаментальной потребностью человека в другом человеке, во Встрече с Другим.

Высокую степень значимости для человека имеет не только присутствие Другого, как дающего, открывающего жизнь в ее экзистенциальном значении, но и как фрустрирующего, отнимающего эту жизнь. Травмирующее воздействие другим человеком перерезает пуповину, связывающую человека с экзистенциальными основами жизни, закрывает доступ к переживанию фундаментальных содержаний экзистенции.

Каковы перспективы в динамике последствий перенесенной травмы?

### **Последствия и перспективы после перенесенной травмы**

Для того, чтобы рассмотреть последствия и перспективы после перенесенной травмы, обратимся, прежде всего, к известному из практики факту. В одних случаях, для эффективной терапии последствий травмы требуются месяцы, годы и, даже, десятилетия. При этом положительный результат не является гарантированным. В других случаях уже при первых встречах с пациентом может возникать возможность для каузальной работы и переработки травмирующего опыта. Этот факт свидетельствует, по крайней мере, о двух вариантах развития событий относительно возможностей переработки трав-



мы – положительного и отрицательного. В качестве основных перспектив динамики последствий травмы мы могли бы отметить ее переработку, сопровождающуюся гиперкомпенсаторным личностным персональным развитием и формирование посттравматического личностного расстройства (F62,0). Тот же эмпирический опыт свидетельствует о том, что все пациенты, перенесшие травму, могут быть размещены в этом большом диапазоне случаев. Как это можно объяснить? Почему это происходит?

С нашей точки зрения, последствия перенесенной травмы обусловлены не только характером травмирующего воздействия и его субъективной значимостью для травмированного. Важную роль играют ресурсные возможности Я и переживания [6]. По сути, вся предыдущая история жизни травмированного готовит его к Встрече с нами. Мы могли бы выделить значение широко понимаемых индивидуальных способностей, а также, источников духовного развития в создании ресурсов для переработки травматического опыта (рисунок 2).

Множество факторов, в конечном счете, проецируются на состояние и возможности переживания, на силу Я [6] и силу Person. В конечном счете, решающее значение для преодоления последствий травмы и переработки травматического опыта играет «сила Person». Это понятие, с нашей точки зрения, отражает возможности Person к диалогической переработке фактов реально-

сти и достижению внутреннего согласия. Если понятие «согласие» является результатом и точкой схода различных антропологических условий в концепции современного экзистенциального анализа [5], то понятие «сила Person» отражает имеющийся потенциал для достижения согласия.

Ролло Мэй определял силу, как «способность к изменениям и способность противостоять изменениям» [12]. Мы могли бы определить «силу Person» как имеющийся потенциал в виде духовных способностей, которые могут быть апробированы и закреплены в опыте. В случае если это происходит, формируются духовные структуры, оставляющие свободным переживание и поведение. На возможности феноменологического определения силы Person мы остановимся несколько ниже.

Травма может приводить к дефициту персональных способностей и к выраженной дезорганизации переживания. Результатом этого может быть формирование психодинамических структур (устойчивых образований психики создающих определенный уклон в переживании и поведении не согласованный с ситуацией и собственной духовной сущностью). В клиническом аспекте эта перспектива связана с посттравматическим личностным расстройством (F 62,0). В самом общем виде в качестве основных альтернативных последствий травмы мы могли бы определить следующие: 1. Переработка (в некоторых случаях сопровождающаяся гипер-



Рис.2 Взаимосвязь факторов и условий предопределяющих последствия травмы для переживания. Р – сила Person



компенсаторным духовно-персональным развитием, как, например, у В.Франкла [16]); 2.Динамика личности, при которой ее формирование осуществляется преимущественно за счет психодинамических структур (F62.0). Что же является определяющим для оценки возможностей и выбора тактики работы специалистом?

**Возможности и тактика психотерапии в зависимости от динамики последствий травмы**

Ранее мы уже отметили значение такого понятия, как «сила Person». Что оно нам дает? Как ее можно определить, как с ней работать?

Сила Person – это феноменологически определяемая способность пациента к переработке травматического опыта. Определить ее мы можем на основе субъективного впечатления о том, как пациент говорит о травме, что выражает при этом его лицо, голос, как пациент выдерживает разговор. Необходимыми рамочными условиями для каузальной работы с последствиями травмы является также доверие между пациентом и специалистом, терапевтический глубокий уровень отношений, наличие времени, отсутствие других более акту-

альных тем на момент беседы и т.д. Речь идет о сеттинге, касающемся двух основных сфер – состояния пациента (его готовности к переработке травматического опыта) и терапевтических отношений.

Каким образом могут соотноситься перенесенная травма, наши возможности и сила Person? Можно ли эти представления связать также и с имеющимся опытом? Это соотношение мы попытались представить на рисунках 3 и 4.

У травмированных, как мы это уже отмечали выше, может наблюдаться предшествующая нашим с ними отношениям динамика, сопровождающаяся укреплением «силы Person» и динамика, сопровождающаяся ее утратой. От характера этой динамики может зависеть терапевтическая тактика на момент встречи со специалистом.

На рисунке 3 представлены особенности терапии на разных этапах положительной динамики укрепления силы и способностей Person после перенесенной травмы. Из данных рисунка мы видим, что характер терапии может быть различным в зависимости от возможностей пациента и этапа подобной динамики. При наличии источников духовного развития, при наличии собственных способностей, при оказании специализированной

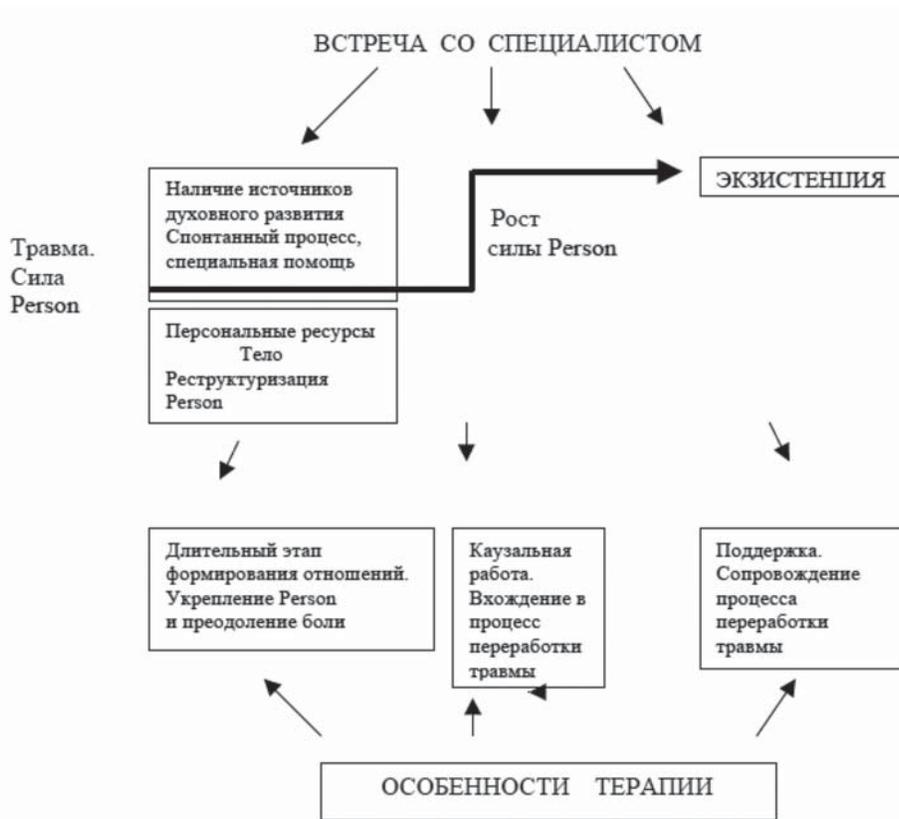


Рис.3. Особенности терапии на разных этапах положительной динамики, укрепляющей силу Person и приводящей к переработке травмы



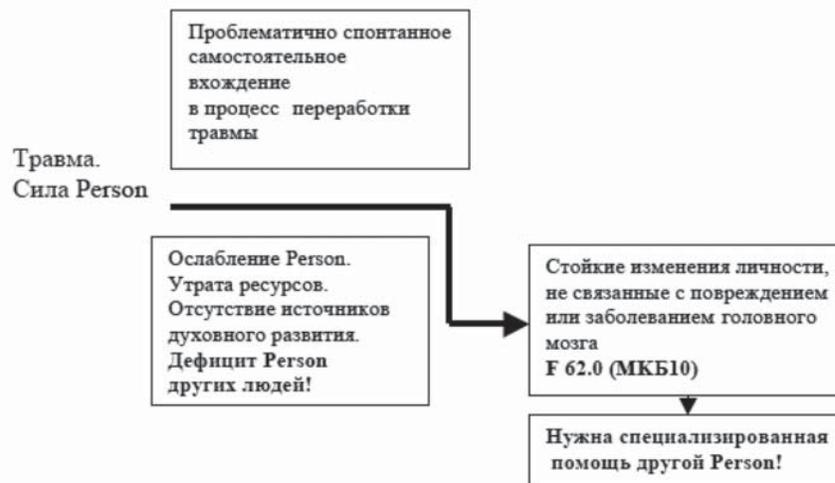


Рис. 4 Особенности терапии при отрицательной динамике последствий травмы

помощи сила и способности Person могут достигнуть уровня, необходимого для переработки травмирующего события и проживания экзистенции. На начальных этапах этой динамики пациент еще не способен переработать травму. В этих случаях необходим более длительный период формирования терапевтических отношений и укрепления Person для того, чтобы стало возможным преодоление боли и переработка травмировавшего опыта. В случае если Person достигла уровня развития, необходимого для переработки травмы, возможен более быстрый переход к каузальной терапии. В некоторых ситуациях терапевт встречается с пациентом тогда, когда тот уже самостоятельно переработал или начал перерабатывать травму. В этих случаях терапевту отводится лишь поддерживающая, сопровождающая роль. Мы можем также встретить пациента и на разных этапах отрицательной динамики, связанной с силой и способностями Person (рисунок 4). В этих случаях бывает не достаточно собственных ресурсов, не достает внешних источников для укрепления Person. Экзистенция может быть не достижимой.

Возможность самостоятельной переработки последствий травмы принципиально существует. Однако во многих случаях это оказывается невозможным без участия другого человека, без Встречи и специальных условий, создаваемых специалистом. Мы видим, что каузальная работа с последствиями травмы предъявляет повышенные требования к терапевту, пациенту и характеру их отношений. Такая работа не всегда является возможной. Показаниями к ней являются выраженная степень страдания пациента, его желание и его способность к переработке. Решение о каузальной работе с последствиями травмы необходимо в каждом конкретном случае принимать индивидуально, помня об опасности нанесения вреда пациенту и ретравматизации.

## Заключение

Подводя итог настоящей работы, мне хотелось бы отметить, что тема травмирования человека человеком позволяет нам остро ощутить уникальность и неповторимость человеческой индивидуальности, незаменимость человеческих отношений и, одновременно, чрезвычайную угрозу, скрывающуюся в них.

Мы могли бы отметить огромную комплексность и противоречивость переживания в ситуации травмы. Благодаря этому возникает растущий аффективно-когнитивный комплекс.

Это ведет к перегрузке психодинамики и блокированию необходимых для переработки травматического опыта условий (времени). На духовно-экзистенциальном уровне реальность обрушивается на человека, как нечто нереальное и опрокидывает, «обманывает бытие». При этом более вероятным является извержение вулкана или автокатастрофа, чем реальное поведение другого, особенно, значимого человека. К этому человек чаще оказывается не готов.

Последствия травмы обусловлены не только ее силой и субъективной значимостью для травмированного, но и комплексом факторов (индивидуальные способности и источники духовного роста), которые, в конечном счете, обеспечивают ресурсные возможности и феноменологически определяемую силу Person. От этого феномена и той динамики, которая возникает после травмы, зависят возможности терапии и тактика специалиста. На вопрос: «Что является наивысшим благом? Чего самого наилучшего вы могли бы пожелать другому?», - мы могли бы ответить: «Встретить человека!». На вопрос: «Что является самым страшным для человека?», — мы с вами не колеблясь ответим: «Другой человек!». Несмотря на



эту правду жизни, подтверждения которой мы постоянно получаем (и нас эти факты не могут не ошеломлять!), мы можем с полной уверенностью утверждать: «Человеку нужен человек (с его духовной сущностью, разумеется)!». Наше исследование свидетельствует о нашей высокой ответственности за то, какие мы есть, за наших детей, близких, за пациентов, за общество в целом!

### Литература:

1. Баранников А.С. Как могут разумные существа так себя вести?! Попытка взгляда на травму в рамках концепции духовной депривации //Экзистенциальный анализ. Бюллетень №5.-М.: Институт экзистенциально-аналитической психологии и психотерапии, 2013.-С.195-222.
2. Гараян Н.Г. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия посттравматического стрессового расстройства//Консультативная психология и психотерапия.- 2013.-№3.- С.46-72.
3. Калшед Д. Внутренний мир травмы. Архетипические защиты личностного духа.- М.: Деловая книга. Академический проект, 2001.-368с.
4. Классификация болезней в психиатрии и наркологии. Пособие для врачей. Под. ред. - М.М.Милевского. М.: «Триада-Х», 2003.-183с.
5. Лэнгле А. Фундаментальные мотивации человеческой экзистенции как действенная структура экзистенциально-аналитической терапии//Психотерапия.- М. 2004.-С.41-48.
6. Лэнгле А. Личностные расстройства и генез травмы. Экзистенциальный анализ личностных расстройств возникающих вследствие травмы// Консультативная психология и психотерапия.- 2013.-№3.- С.10-45.
7. Лэнгле А. Значение самопознания в экзистенциальном анализе и логотерапии: сравнение подходов //Московский психотерапевтический журнал.-2002.-№4.-С. 150-168.
8. Лэнгле А. Person.Экзистенциально-аналитическая теория личности. -М.: Генезис, 2005.-158с.
9. Лэнгле А. Что движет человеком? Экзистенциально-аналитическая теория эмоций. -М.: Генезис, 2006.-235.
10. Лэнгле А. Воспринимать то, что трогает. Феноменология в практике экзистенциального анализа// Экзистенциальный анализ. Бюллетень.№1. -М., 2009. - С.79-112.
11. Лэнгле А. Терапевтический случай нахождения собственного Я (применение метода персонального экзистенциального анализа) //Психология Журнал Высшей школы экономики.- 2005. - Т. 2, № 2.- С. 81-98.
12. Мэй Р. Сила и невинность. -М.: Смысл, 2001. -319с.
13. Решетников М.М. Психическая травма. - Санкт-Петербург:Восточно-Европейский Институт Психоанализа., 2006.- 322с.
14. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: Теория и практика. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН».- 2009.-304с.
15. Франкл В. Теория и терапия неврозов. -СПб.: Речь, 2001.-212с.
16. Франкл В. Сказать жизни «Да»: психолог в концлагере. - М.: Смысл, 2004.-173с.
17. Холмогорова А.Б., Горчакова В.А. Травматический стресс и его влияние на субъективное благополучие и психическое здоровье: апробация эссенского опросника травматических событий//Консультативная психология и психотерапия.- 2013.-№3.- С.120-137.

## ***Man – greatest joy or greatest misfortune, reality or deception? (existential-analytical understanding of psychological mechanisms of man by man traumatization).***

**BARANNIKOV ALEXANDER**

Dr.Med.S., the professor of faculty of pedagogic and psychology of Moscow Social-pedagogic Institute, chairman of section of existential psychotherapy of Professional Psychotherapy League.

*The mechanisms of man by man traumatization are observed from the point of view of contemporary existential analysis. Attention is paid to the uniqueness of a human being determined by his or her spiritual essence and the need of personal-existential Encounter. The courses of the overloud and the blockades of experience which happens because of trauma are related to the paradox and the great complexity of the experience at the moment of traumatization. A man turns out to be not ready to the perception of the reality which crashes down onto him. That leads to the lost of the existential context and the overloud of psychodynamics. The consequences of trauma and the possibilities of psychotherapy connected with them are observed. The leading role in the rework of the consequences is given to the phenomenologically determined strength of the Person (the central structure of mental dimension) and to the Encounter with a specialist.*

*Key words: psychic trauma, existential analyses, therapy of psychic trauma, consequences of psychic trauma.*



## Психотерапия психосоматических расстройств

ДОМОРАЦКИЙ В.А.

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей и клинической психологии  
Белорусского государственного университета, руководитель модальности  
«Эриксоновская психотерапия и эриксоновский гипноз» в ППЛ (Белоруссия, Минск).

*Представленная выше стратегия психотерапии психосоматических расстройств основана на прагматичном и гибком использовании широкого арсенала гипнотических процедур с акцентом на косвенных видах воздействия, ДПДГ, элементов когнитивного и позитивного подходов, техник НЛП. В необходимых случаях она может быть дополнена семейной либо супружеской терапией. Используемый психотерапевтический инструментарий позволяет осуществлять последовательное воздействие на основные психологические факторы (источники) психосоматических страданий, что в большинстве случаев обеспечивает терапевтический эффект.*

*Ключевые слова: психосоматические расстройства, конверсионные расстройства, психотерапия, гипноз, самогипноз, ДПДГ, телесный комфорт.*

По данным ВОЗ до 40% всех амбулаторных пациентов являются психосоматическими больными. Психосоматика охватывает телесные недуги без определенного органического субстрата. К ней также может быть отнесена соматическая патология, в развитии которой психические процессы играют существенную роль. По мере течения психосоматических заболеваний удельный вес психогенного компонента в их патогенезе постепенно снижается за счет прогрессирования структурных (органических) нарушений.

Психосоматическое реагирование в своей непатологической форме проявляется психосоматическими реакциями, которые чаще возникают в напряженных жизненных ситуациях. К ним можно отнести – сердцебиение влюбленного, потеря аппетита при печали, головокружение после пережитого несчастного случая, т.е. сильные психологические переживания получают соматический ответ. Все эти симптомы быстротечны и обычно исчезают, если меняется вызвавшая их ситуация. Психосоматические реакции могут возникать у всех людей. Их предпосылкой не являются серьезные аномалии душевного развития [9].

Иное качество имеют психосоматические нарушения, которые чаще всего разделяют на следующие группы [1, 7, 8, 9]:

1) Конверсионные расстройства – невротический конфликт человека соматически перерабатывается и превращается в телесный симптом, который сам по себе символичен – истерические параличи, психогенные слепота, глухота, рвота или разнообразные боли. Здесь демонстрация симптомов может пониматься как попытка решения конфликта или, по крайней мере, его смягчения.

2) Функциональные психосоматозы (органные неврозы по Александру). Разнообразные нарушения в органах не имеют в основе структурных изменений, а

рассматриваются как телесные проявления эмоциональных расстройств. Например, ком в горле связывают с внутренним беспокойством, затруднение дыхания – с депрессивными проявлениями, а чувство страха вызывает дискомфорт в области сердца.

3) Органические психосоматозы (психосоматические заболевания). В их основе – телесные реакции в ответ на конфликтные переживания, затяжной эмоциональный дискомфорт с появлением патологических (органических) изменений в органах. Соответствующая предрасположенность индивида может влиять на выбор органа. Исторически к этой группе относят классические психосоматозы: бронхиальная астма, неспецифический язвенный колит, эссенциальная гипертония, нейродермит, ревматоидный артрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, ишемическая болезнь сердца.

Психологические факторы играют роль и при других заболеваниях: мигренях, эндокринных расстройствах, злокачественных новообразованиях. Но следует различать истинные психосоматозы, в возникновении которых решающая роль принадлежит пусковым психическим факторам. Поэтому и лечение должно быть направлено, прежде всего, на устранение и коррекцию этих факторов (психотерапия и психофармакотерапия). На остальные заболевания психические и поведенческие факторы также оказывают воздействие, меняя неспецифическую сопротивляемость организма, но при этом не являются их первопричиной.

Существует несколько теорий, объясняющих происхождение психосоматических заболеваний. Согласно одной из них, они являются следствием стресса, обусловленного длительно действующими и непреодолимыми психическими травмами. Другая теория связывает их появление с внутренним конфликтом между одинаковыми по интенсивности, но разнонаправлен-



ными мотивами индивида. Предполагается, что некоторые типы мотивационных конфликтов специфичны для отдельных форм психосоматических заболеваний. Так, гипертоническую болезнь связывают с наличием конфликта между высоким социальным контролем поведения и нереализованной потребностью индивида во власти. Нереализованная потребность вызывает агрессивность, проявить которую человек не может из-за социальных установок. Так, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки связывается с неприемлемой для самовосприятия потребностью в защите и покровительстве. Согласно третьей теории, неразрешимый конфликт мотивов — как и неустранимый стресс — порождает, в конечном счете, реакцию капитуляции и отказ от попыток что либо изменить, что создает наиболее общую предпосылку к развитию психосоматических заболеваний. Это проявляется в виде явной или маскированной депрессии. А поражение конкретных органов и систем обусловлено генетическими факторами или особенностями развития. В отличие от неврозов, в основе которых также лежит интрапсихический конфликт, при психосоматозах происходит двойное вытеснение — не только неприемлемого для сознания мотива, но связанной с ним тревоги и всего спектра дезадаптивного поведения [7].

В литературе выделяют целый ряд источников эмоционально обусловленных страданий, которые необходимо выявлять и устранять в ходе психотерапии психосоматических пациентов [2, 5, 7, 8]. В обобщенном виде их можно представить следующим образом:

1. Внутренний конфликт — нечто на уровне тела раздрает человека на части. Это конфликт частей личности. Подавляя одну часть никогда не устраним заболевания. ПТ направлена на примирение частей. Например, при передеании можно выделить 2 различные части личности, которые формируют различные модели поведения. Одна часть как бы говорит: «Я хочу себя утешить вкусной едой, чтобы позабыть все неприятности». Другая часть призывает: «Немедленно прекрати столько есть! Посмотри на кого ты похожа!» Обе части как две чаши весов, попеременно доминируют, конфликтуя между собой. Задача психотерапии — примирить обе эти части.

2. Мотивация (условная выгода) — это очень серьезная причина, если бессознательно пациент не хочет меняться и симптом имеет для него определенную выгоду. Например, полное избавление от мигрени может открыть глаза на серьезные проблемы в супружеских отношениях, которые «мешает видеть» изнуряющая головная боль. Когда голова перестает болеть пациент оказывается перед необходимостью их решать, а он может быть не готов к этому. В ходе психотерапии выявляют и прорабатывают возможные вторичные выгоды симптоматического поведения, ищут ему здоровую альтернативу.

3. Эффект внушения (другим лицом). Чьи-то слова, которые когда-то были услышаны, сработали как внушение, потом амнезировались на сознательном уровне, но продолжают действовать.

Известно, что если ребенку в детстве часто повторять: «Остолоп, дурак, бестолочь, тупица, лентяй, разгильдяй», дети часто начинают демонстрировать поведение, соответствующее внушенному. Потом уже будучи взрослыми люди, нередко, продолжают следовать этому сценарию, даже если он подвергается рациональной переработке. В других случаях слова-внушения запечатлеваются с одного раза, особенно если их произносят на пике эмоционального напряжения тех, к кому они обращены.

4. Самовнушение. Это какое-то обещание, которое человек, обычно в детско-подростковом возрасте, весьма эмоционально даёт себе, потом забывает об этом, но оно продолжает действовать как самовнушение. Например: «Никогда не буду иметь детей», — говорит себе девочка-подросток, глядя на мать, которая целиком посвятила себя воспитанию детей, пожертвовав карьерой и личной жизнью. А потом, уже будучи взрослой женщиной, безуспешно лечится от бесплодия.

5. Элементы органической речи. Слова, выражают внутреннее состояние человека и отражают его способ мышления о своём теле. Органическая речь — привычное использование таких метафор собственного тела, которые способны причинить вред организму человека. Например: «Мне трудно дышать в этой атмосфере», «Дети — моя головная боль», «Эта работа просто убивает меня», «Моё сердце кровью обливается», «Это разрывает мне сердце». Слова, становясь негативными самовнушениями, могут превращаться в реальные симптомы.

6. Язык тела — когда посредством симптома выражается то или иное душевное состояние человека. Часто носит символический характер, например, психогенная рвота может являться выражением психологической реакции отвращения, проявляющейся на физиологическом уровне. В основе подобных телесных реакций лежат конверсионные механизмы.

7. Идентификация (подражание) — попытка быть похожим на кого-то, желание уподобиться своему идеалу. Но постоянно копируя другого, человек, в конце концов, начинает от этого страдать, неосознанно воспроизводя проблемы и симптомы кумира, его болезни — вплоть до смерти.

8. Контридентификация — стремление отличаться от кого-то, пусть даже за счёт собственных телесных недуггов.

9. Самонаказание — это то, что люди делают с собой, когда имеют чувство вины. Потому что вина всегда ищет наказания. Если человек совершает неблагоприятный с его точки зрения поступок, он иногда бессознательно подвергает себя наказанию. И пока не вскрыт источник вины, человек не будет здоров.



10. Наказание кого-то другого – когда своим заболеванием человек неосознанно стремится кого-то наказать по принципу: “Вот умру, тогда узнаете”.

11. Болезненный опыт прошлого – это психические травмы раннего детства либо более поздних периодов жизни человека. Необходимо переработать и нейтрализовать травматический опыт.

Существует еще одна базисная причина психосоматики – алекситимия. Известно, что невротиков отличает выразительная и детальная вербализация переживаний, чувств, телесных ощущений. Напротив, у психосоматических пациентов способность выражать свои чувства и ощущения крайне затруднена. Их словарный запас беден, как и внутренняя способность дифференцировать свои чувства. Как правило, они хорошо адаптированы социально, а алекситимия является своеобразным ответом на идущий с самого детства семейный запрет выражать свои чувства. Вместо возможности чувственно перерабатывать реальность вырабатывается ригидное следование социальным нормам и правилам. И тогда язык органов в виде дискомфортных и болевых ощущений становится “неудобной” для человека попыткой тела интегрироваться с душой в единое целое.

Кому же угрожает психосоматическое реагирование? В первую очередь тому, кто не перерабатывает свои конфликты сознательно. Психосоматическая личность – слишком ответственная, честолюбивая, требовательная к себе, сверхправильная, бескомпромиссная, застревающая, склонная обвинять в первую очередь себя в том, что что-то не так. Такие люди трудно приспосабливаются к новым условиям, неспособны выражать свои чувства, часто враждебные по отношению к самим себе.

Предпринимаются попытки выделить те или иные личностные аспекты, которые характерны для определенных психосоматозов.

Так, например, полагают, что под угрозой возникновения коронарной патологии (стенокардия, инфаркт миокарда) прежде всего находятся честолюбивые, ориентированные на соревнование и работу люди, чье поведение отмечено известной агрессивностью, враждебностью и соперничеством.

Их отличают беспокойство, спешка, чувство цейтнота, гиперответственность, перфекционизм, одержимость профессиональной деятельностью и ориентация на социальный успех, следствием чего являются частые перегрузки и перенапряжение [12]. У больных гипертонической болезнью отмечают наличие интраперсонального напряжения между агрессивными импульсами с одной стороны и чувством зависимости – с другой. Их социальное поведение описывают, как чрезмерно адаптивное, уступчивое, пассивное и избегающее конфликтов, ориентированное на успех, характеризующееся сдерживанием как положительных, так и отрицательных эмоций. Кроме того, они часто не распознают и отрицают производственный стресс, а также имеют

ограниченные ресурсы для продуктивного разрешения конфликтных ситуаций [11].

Известно, что функции желудка, его моторика, кровоснабжение и секреция тесно связаны с высшей нервной деятельностью, а, следовательно, с эмоциональным состоянием индивида. Агрессивность и злоба ускоряют прохождение пищи через желудок, тревога, страх, депрессивные переживания замедляют его за счет пилороспазма и снижения перистальтики.

Согласно Александеру, при язвенной болезни наблюдается конфликтная ситуация, при которой потребности идущие из оральной сферы переживаний (желание быть избалованным, вознагражденным, зависимым) оказываются фрустрированными. Эта фрустрация перерабатывается регрессивным образом и превращается в потребность накормить себя, что приводит к избыточной активности вагуса, который стимулирует желудок и вне фазы переваривания пищи [1].

Дыхание является средством самовыражения и отражает эмоциональное состояние человека. Печаль и тревога уменьшают глубину дыхания, а радость – увеличивает ее. Боязливые люди часто имеют поверхностное или неравномерное дыхание. Приступ бронхиальной астмы часто сравнивают с криком и плачем ребенка, протестующим против утраты защищенности. Он является своего рода “сценой плача легких”. При бронхиальной астме ранние нарушения отношений с матерью ведут к конфронтации “желания нежности” с одной стороны и “страха перед нежностью с другой”.

Причем от самих больных этот страх остается скрытым. В личностном плане это часто субъекты боязливые, с истерическими и/или ипохондрическими чертами характера [10].

Многие случаи нарушений менструального цикла, более внизу живота, бесплодия и сексуальных расстройств могут быть поняты и доступны терапии лишь с учетом психосоматического аспекта их формирования. Так например, в некоторых случаях бесплодия женщины инстинктивно избегают половой жизни в периоды наиболее благоприятные для зачатия, в других – они во время полового акта совершают движения, затрудняющие проникновение спермы в половые пути.

Также известно, что малоосознаваемый страх может приводить к сокращению шейки матки и труб, что также препятствует оплодотворению. Психосоматически обусловленный гормональный дисбаланс может вызывать у женщины ановуляторные циклы. У мужчин значительные колебания в числе, подвижности и морфологии сперматозоидов коррелируют с нервным напряжением в связи с большими профессиональными нагрузками или семейными неурядицами [7].

В лечении органических и функциональных психосоматозов, а тем более, конверсионных расстройств существенная роль принадлежит психотерапии. Понятно, что при таких психосоматических заболеваниях, как



бронхиальная астма, стенокардия или гипертоническая болезнь, как правило, требуется сочетанное применение фармакотерапии и методов психотерапии, а, следовательно, тесное взаимодействие профессионально подготовленных психотерапевтов и врачей-интернистов на всех этапах лечения.

Напротив, в случае конверсионных или соматоформных расстройств, психотерапия играет ведущую роль, хотя на начальном этапе терапии в ряде случаев вполне оправдано применение антидепрессантов и некоторых других психотропных препаратов параллельно с психотерапевтическими методами воздействия.

На сегодняшний день в литературе, посвященной психотерапии психосоматических расстройств можно встретить рекомендации по применению долговременной аналитической терапии, гештальттерапии, групповой и семейной терапии, аутотренинга, нервно-мышечной релаксации, телесно-ориентированных методов психотерапии, символдрамы, позитивной, когнитивно-бихевиоральной, и мультимодальной психотерапии, гипнотерапии и др. [1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9].

Нами предложена стратегия краткосрочной интегративной психотерапии психосоматозов (курс в пределах от 8 до 16 сессий), которая в самом общем виде может быть представлена в виде следующих терапевтических составляющих:

### 1. Укрепление ресурсами.

С первых сессий используются транссовые техники, позволяющие получить доступ к внутренним ресурсам пациента. Например, различные варианты трансового «сопровождения в приятное воспоминание», когда пациенты получают возможность заново пережить эмоционально позитивно окрашенные, телесно комфортные сцены из их прошлой жизни, а затем благодаря постгипнотическим суггестиям они могут взять с собой в настоящее физические ощущения, переполнявшие их чувства и эмоции, как ресурс для укрепления Эго.

### 2. Работа с болью и эмоциональным дискомфортом.

Является важным элементом терапии большинства психосоматических пациентов. Базовая техника при острых болях – создание диссоциации между телом и духом. Нужно помочь сознанию отделиться от боли и уйти в виртуальный мир. Психотерапевт расспрашивает пациента куда бы тот хотел отправить своё сознание: в увлекательное путешествие, погружение в море с аквалангом и т. п. Потом наводится гипнотический транс, для углубления и стабилизации которого у пациента вызывают каталепсию руки, и помогают ему обрести яркие, чувственно окрашенные воспоминания приятного момента его жизни.

При этом, за счёт усиливающейся диссоциации, реально существующая боль перестаёт осознаваться. Эта техника также хорошо работает при острых эмоци-

ональных нарушениях – приступах тоски и тревоги. При локальных острых болях используется «техника защитной перчатки», когда у пациента вызывают каталепсию руки и в транс создают особую защитную (вызывающую анестезию кисти руки и запястья) перчатку, которую он после небольшой тренировки может, индуцируя у себя трансовое состояние, самостоятельно переносить на любой другой участок тела, который в этом нуждается.

При хронических болях либо затяжном эмоциональном дискомфорте, который всегда проецируется в теле, применяется «техника овеществления боли (дискомфорта)», при которой воображение пациента превращает неприятные или болезненные ощущения в теле в некий в объект, предмет.

При этом терапевт выясняет его локализацию в теле, границы, форму, размеры, толщину, консистенцию, вес, поверхность (гладкая или шероховатая), то, что фиксирует объект на месте, температуру, содержимое, цвет (матовый или блестящий), возможные звуки или вибрации. Когда объект сконструирован в разговорном гипнозе, транс углубляют, у пациента вызывают левитацию руки, которая увеличивает телесную диссоциацию, и запускает процесс изменений. Пациенту предлагают найти способ трансформации объекта вплоть до его исчезновения из тела, в необходимых случаях суггестируя продолжение процесса изменений за рамками сеанса.

Ещё один приём - использование телесных метафор, когда пациенту предлагают написать и обсудить 5-10 метафор собственного тела. При этом выявляются особенности отношения к своему телу и, нередко, мы получаем ключевые слова для последующей психотерапевтической работы: «Тело – непонятное, непослушное, как сундучок с секретным замком, оно как заржавевший механизм часов...». Полученные метафоры затем используются при трансовой индукции, когда они переживаются пациентом на уровне образов и ощущений и постепенно подвергаются всё новым преобразованиям, благодаря чему тело начинает чувствовать себя более комфортно.

### 3. Исследование убеждений пациентов, касающихся собственного здоровья и их коррекция.

Пациентам предлагают завершить следующие предложения:

*Быть здоровым – значит...*

*Если я здоров, то я могу...*

*Стать совершенно здоровым – значит изменить...*

*Если бы я мог управлять здоровьем, я бы...*

*Когда я болен...*

*Следующие вещи мешают мне быть здоровым...*

*Это помогает мне быть здоровым...*

Для выявления у пациентов ограничивающих/ поддерживающих убеждений им предлагают дополнить те



высказывания, которые они бы хотели считать верными для себя?

*Я не заслуживаю / заслуживаю того, чтобы быть здоровым потому что...*

*Я не смогу / смогу восстановить здоровье потому что...*

*Мне невозможно / возможно стать полностью здоровым, потому что...*

*Быть здоровым нереально / реально потому что...*

Если выявляется убежденность пациента в том, стать здоровым для него непосильная задача, необходима работа с убеждениями в модели НЛП или когнитивной терапии. Хороший эффект дает когнитивное реструктурирование при выполнении процедуры десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ), где в качестве предмета воздействия избирается одно или несколько воспоминаний, послуживших основой для формирования негативного убеждения по поводу своего здоровья. Поскольку пораженческие установки у пациента могут быть обусловлены вторичной выгодой расстройства, полезно провести процедуру шестишагового рефрейминга, которая позволяет понять скрытые намерения, стоящие за болезненными симптомами и неверием в возможность излечения, а также наметить здоровую альтернативу симптоматическому поведению.

#### 4. Гипноанализ.

Пациент должен понять, что его проблемы, вытесненные в бессознательное, фиксируются телом, и далее он реагирует на них телесно. Если человек вытесняет и проблему, и те чувства, которые он испытывал – реагирует тело. Поэтому вначале необходимо выяснить возможные причины психосоматического реагирования, а затем постараться их устранить.

С этой целью может использоваться гипнотическая техника «Ключи Ле Крона», которая позволяет через серию вопросов, адресованных различным проблемным областям, выявлять вышеперечисленные психологические источники психосоматических расстройств, с целью их последующей переработки в гипнотическом трансе, техниках когнитивной терапии, процедурах ДПДГ.

Используются и другие приемы гипноанализа в эриксоновской трактовке: «разговор с субличностями», «путешествие в больной орган», «психосоматический мост», «рисуночная техника» Ж. Беккио и др.

Наличие интрапсихического конфликта, обусловленного внешне противоречивыми и даже взаимоисключающими тенденциями, предполагает работу с полярными частями личности в эриксоновской модели. Если у пациента есть предположения относительно роли какого-то травматического события прошлого в возникновении психосоматоза, в трансе он получает доступ к этому воспоминанию, а затем, посредством сиг-

налинга дает бессознательный ответ, действительно ли такая связь существует.

Если получен положительный ответ сразу же может быть осуществлена терапевтическая интервенция, когда пациента посредством диссоциированной возрастной регрессии из настоящего отправляют в травматическое воспоминание на встречу со своим более молодым «Я».

В ходе этого виртуального общения он может утешить себя самого в той неблагоприятной ситуации, дать недостающую информацию и оказать максимальную поддержку для того, чтобы по новому взглянуть на события прошлого и изменить отношение к ним.

#### 5. Прицельное воздействие на выявленные источники психосоматического расстройства.

Это различные терапевтические интервенции в гипнотическом трансе с использованием косвенных и открытых внушений; переработка негативных воспоминаний и установок в модели ДПДГ; сюжетные транссы с заданной фабулой, где предлагаются различные способы разрешения внутренних конфликтов и межличностных проблем в символической (метафорической) форме. Широко используются терапевтические (специально сконструированные для помощи в разрешении проблем конкретного пациента) и эпистемологические метафоры. В последнем случае воздействие осуществляется за счёт серии вопросов, задаваемых по «правилам чистого языка», благодаря чему пациент, используя свой уникальный внутренний опыт, вначале создаёт метафорический образ болезненного симптома, а затем приводит его в движение.

В результате, рождённый воображением пациента образ начинает постепенно трансформироваться вплоть до полного исчезновения (параллельно происходит редукция болезненной симптоматики).

Причём эпистемологическая метафора часто позволяет воздействовать на вытесненный травматический опыт без его осознания (внутренняя работа происходит на уровне символических образов в их динамике). Находят применение различные варианты работы с мандалой, а также другие техники, в которых используются символы.

#### 6. Обучение способам достижения телесного комфорта.

При психосоматике нет чувства покоя, поэтому необходимо помочь его обрести посредством достижения телесного комфорта. Например, путем обучения расслаблению через глубокое брюшное (диафрагмальное) дыхание в трансе либо использование техник наведения транса сфокусированных на чувстве покоя, расслабления, отдыха. Сюда же можно отнести обучение самогипнозу для обретения телесного и душевного комфорта при самостоятельном вхождении в транс. Пространство транса, достигнутое в самогипнозе, может быть использовано как для обретения комфорта и покоя за счёт глубокого погружения в приятные воспоминания, так



и для самовнушений, направленных на формирование лечебной перспективы и обретения уверенности в позитивном исходе лечения: «С каждым днем я чувствую себя лучше и лучше», «Я выздоравливаю», «Я освобождаюсь от всего, что мешает быть здоровым» и т. п.

### 7. Присоединение к будущему свободному от болезненных симптомов и прежних психологических проблем.

В гипнотическом трансе либо в ходе сессии ДПДГ предлагают представить себе картину недалекого будущего, где пациент чувствует себя легко и свободно, а весь физический и психический дискомфорт остался в прошлом. Может быть использована «техника волшебного вопроса»: «Если бы случилось чудо, Вы проснулись бы утром, а проблемы больше нет. Пришла фея и сотворила волшебство. Как вы об этом узнаете? А как другие люди, включая близких, узнают, что проблемы больше нет? А что вы будете делать с этим новым состоянием на протяжении всего дня, когда проблема решена?» Потом возвращают пациента назад в прошлое, а, фактически, в настоящее с чувством, что позитивные изменения вполне реальны и их можно ждать уже в недалёком будущем.

### Заключение

Таким образом, представленная выше стратегия психотерапии психосоматических расстройств основана на прагматичном и гибком использовании широкого арсенала гипнотических процедур с акцентом на косвенных видах воздействия, ДПДГ, элементов когнитивного и позитивного подходов, техник НЛП. В необходимых случаях она может быть дополнена семейной либо супружеской терапией. Используемый психотерапевтический инструментарий позволяет осуществлять последовательное воздействие на основные психологические факторы (источники) психосоматических страданий, что в большинстве случаев обеспечивает терапевтический эффект.

### Литература

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. /Пер. с англ. — М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. — 352 с.
2. Гинзбург М. Р., Е. Л. Яковлева Эриксоновский гипноз: систематический курс. — М.: Московский психолого-социальный институт, 2008. — 312 с.
3. Карл Г., Бойз Д. Гипнотерапия. Практическое руководство /пер. с англ.. — М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс; Спб.: Сова, 2002. — 352 с.
4. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. — СПб.: Речь, 2001. — 256 с.
5. Ле Крон Л. Хорошая сила (Самогипноз) / пер. с англ. — М.: Изд. «Писатель», 1993. — 207 с.
6. Линн С., Кирш И. основы клинического гипноза. Доказательно обоснованный подход /пер. с англ. — М.: Психотерапия, 2011. — 352 с.
7. Любан-Плоцца и др. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике /пер. с нем. СПб.: Издание Санкт-Петербургского НИПИ им. В. М. Бехтерева, 2002. — 287 с.
8. Радченко А. Ф. Психотерапия психосоматических заболеваний/ Методы современной психотерапии: Учебное пособие /составители Л. М. Кроль, Е. А. Пуртова. — М.: Нез. Фирма «Класс», 2001, С. 387-417.
9. Beck D. Psychotherapie bei psychosomatischen Krankheiten. Rehabilitationsvortrag, Basel, 1968. — 317 p.
10. De Boor, C. Zur Psychosomatik der Allergie insbesondere des Asthma bronchiale. Huber, Bern; Klett, Stuttgart 1965. — 296 p.
11. Rose R., Jenkins C. Hurst M. Health changed in air traffic controllers: a prospective Study // Psychosom. Med. 1978: V.40, P. 142-164.
12. Rosenman R. H., Friedman M. The possible relationship of the emotions to clinical coronary heart disease // New Trends Exp Clin Psychiatry 1994: V.10, P. 61-74.

## Psychotherapy for psychosomatic disorders

VLADIMIR A. DOMORATSKY

M.D., Professor, chief of the Department of General and clinical psychology of the Belarusian State University (Belarus, Minsk),  
Head of the modality «Ericson psychotherapy and hypnosis» in the PPL.

*In article the basic group of psychosomatic disorders, the most common sources of modern ideas about personal aspects of some psychosomatic diseases. Presented an original integrative model of psychotherapy psychosomatic disorders, and its main therapeutic components.*

*Key words: psychosomatic disorders, conversion disorders, psychotherapy, hypnosis, self hypnosis, EMDR, body comfort.*



## Консультативная психология как научно-практическая отрасль психологического знания

КУЗОВКИН В.В.

кандидат психологических наук, доцент; профессор кафедры психологического консультирования факультета психологии ГОУ ВПО «Московский государственный областной университет»; один из учредителей и директор некоммерческого партнерства «Научно-практический центр «ТРИАДА»; действительный член и сопредседатель модальности «Клиент-центрированная психотерапия» Профессиональной психотерапевтической лиги; действительный член (прикладное направление) и член правления Русского психоаналитического общества; клиентоцентрированный психотерапевт.

*В статье консультативная психология рассматривается как научно-практическая отрасль психологического знания, определяется ее объект, предмет, рассматриваются ее сущность, цели и задачи. Автор статьи дает авторское определение консультативной психологии. Обращается внимание на необходимость научных исследований в консультативной психологии. Психотехническая теория представлена в статье как основная методология, объясняющая направленность исследования в консультативной психологии. Данная статья особо актуальна в свете событий, происходящих в России: психологическая помощь обретает законные основания и проект ФЗ «Об оказании психологической помощи» находится на рассмотрении Госдумы РФ.*

*Ключевые слова: консультативная психология, научно-практическая отрасль психологического знания, психотехническая теория.*

Актуальность работы. Консультативная психология сегодня – это одна из наиболее развивающихся областей практической психологии. Эта также отрасль психологического знания, направленная на изучение, обобщение и развитие знаний о различных аспектах, особенно структуре и закономерностях психологического консультирования, как одного из ведущих видов оказания психологической помощи.

Однако, как ни странно, данная отрасль психологического знания не столь четко систематизирована, как, например, сама система и процесс психологического консультирования. Не очень четким выглядят определение, объект, предмет, цели, задачи и актуальные проблемы данного знания. Соответственно, актуальным является поставить эти вопросы и задать тон последующих исследований в рамках консультативной психологии, как научно-практической отрасли психологического знания. Особенно это приобретает ценностный аспект в связи с внесением в Госдуму проекта Федерального закона «О психологической помощи населению РФ». Ввиду этого, у психологической помощи должна быть наука, которая обеспечивает ее идентичность.

Сущность консультативной психологии. Психологическое консультирование, возникнув за рубежом в первой половине XX века именно благодаря успехам психотерапии, позволило, используя накопленные знания, перейти к оказанию помощи психически здоровым людям (см., например, [8; 16; 17; 18]).

И более четко это проявилось в августе 1951 года, когда в рамках Американской психологической ассоциации на Северо-Западной конференции официально утвердилась профессиональная специализация консультативная психология и профессия психолог-консультант. А.Ф.Бондаренко отмечает, что «одной из главных причин выделение консультативной психологии в отдельную отрасль была необходимость отличать консультирование от клинической психологии, ориентированной на психотерапию и лечение психопатологий» [3, с. 6].

В нашей же стране психологическое консультирование и консультативная психология имеет совсем другую историю, но напрямую связанную с развитием их за рубежом. В психологии, по мнению Ф.Е.Васильюка, появление психологической практики привело к настоящему схизису между отечественной научно-психологической традицией и бурно растущей практикой. Ранее в 1996 году в статье «Методологический смысл психологического схизиса» [5, с. 197-226], и, возвращаясь опять к вопросу, в своем диссертационном исследовании «Понимающая психотерапия как психотехническая система» [6] 2007 года, Ф.Е. Васильюк убедительно демонстрирует, что академическая психология и практика оказания психологической помощи живут как бы в параллельных мирах. Он утверждает, что у них разные институции, авторитеты, способы экономического существования, и системы образования. Мы же добавим, и разные взгляды на проведение психологических исследований.



Однако в статье 2010 года «Новое имя. Новый статус. Новые задачи» [7], посвященной переименованию журнала «Московский психотерапевтический журнал» в «Консультативная психология и психотерапия» (довольно-таки значимое событие для становления консультативной психологии – прим. автора), Ф.Е.Василюк и Е.Н.Корнева, авторы статьи, уже менее категоричны в описании ситуации, связанной с взаимодействием академической и практической психологиями на современном этапе. Они называют нынешнюю фазу развития фазой «интеграции», характерной чертой которой является процесс «академизации» психологической практики, и обозначают основной вектор движения в обозначенной предметной области (психологической практике), который описывают формулой: от психологического консультирования к консультативной психологии. При этом, по мнению авторов, психологическое консультирование идентифицирует себя по виду практической деятельности психолога, а консультативная психология определяет себя как отрасль психологии среди других отраслей – педагогической, психологии развития и др.

Еще одно событие последнего времени является важным в плане становления и развития консультативной психологии как научного знания. В феврале 2012 года прошел V съезд Российского психологического общества. В его работу была включена секция «Консультативная психология», центральным событием работы которой стало сообщение В.А. Петровского о необходимости утверждения консультативной психологии в качестве новой научной дисциплины. Он осветил предмет и концептуальную схему консультативной психологии. В конце работы секции ее участниками было единогласно принято обращение к ВАК с просьбой об утверждении новой научной специальности – консультативная психология.

Однако мы можем утверждать, что консультативная психология и как научно-практическая отрасль, и как учебная дисциплина гораздо раньше вошли в структуру, как психологического знания, так и структуру подготовки практических психологов.

В свое время дисциплины, которые автору пришлось разрабатывать в начале двухтысячных годов и вести до нынешнего времени на факультетах и кафедрах психологии различных вузов г. Москвы, назывались «Консультативная психология и психотерапия», «Практикум по психологическому консультированию и психотерапии», «Основы консультативной психологии» и др. Постепенно появилось и авторское определение психотерапевтической и консультативной психологии как отрасли психологического знания, в основе которого лежали идеи, высказанные различными как отечественными, так и зарубежными авторами.

Впервые официально определение было представлено в журнале «Психотерапия» [11], затем в монографии «Психотехника личностного роста» [12] с неким обоснованием. Теперь оно выглядит следующим образом:

Психотерапевтическая и консультативная психология – теория и практика выявления психогенно обусловленных психологических проблем и трудностей личностного роста, расстройств психического и психологического здоровья и их преодоления с использованием средств профессиональной психологической помощи специально подготовленными специалистами (Кузовкин В.В., 2014).

Это определение в свое время возникло ввиду необходимости понимания консультативной психологии и психотерапии с точки зрения научно обоснованной практики. Однако становление консультативной психологии в нашей стране как научно-практической отрасли психологического знания требует, с нашей точки зрения, видоизменить определение под новую задачу.

Д.В.Лубовский пишет, что «научой, как известно, называют область человеческой деятельности, основная функция которой получение знаний о мире и их систематизация, на основе которой возможно построение научной картины мира и научно обоснованной практики» [13, с. 9].

Исходя из этого теоретического конструкта, мы попытались дать авторское определение консультативной психологии как научного знания. Консультативная психология – раздел современной психологической науки, область человеческой деятельности, основная функция которой получение знаний о психическом, психологическом здоровье и личностном росте людей, которые могут быть нарушены в процессе жизненного пути человека (знания о мире), и их систематизация (концептуализация), на основе которой возможно построение научной картины видения психологических проблем людей и научно обоснованной практики оказания им психологической помощи с целью достижения позитивных изменений в их психическом, психологическом, социальном и личностном статусе (Кузовкин В.В., 2014).

По-хорошему, каждое слово требует своего разъяснения. Но это не является задачей данной статьи.

Есть ученые, которые дают более простые определения консультативной психологии как научного знания, занимающегося исследованием процесса психологического консультирования.

Например, А.Н.Елизаров определяет консультативную психологию, как раздел современной науки, направленный на изучение структуры и закономерностей процесса психологического консультирования [9].

Или Е.Е.Сапогова рассматривает консультативную психологию как отрасль психологического знания, связанную с обобщением, исследованием и развитием практических приемов консультирования в совокупности с его объяснительными принципами, моделями и теориями [19].

Однако, с нашей точки зрения, такие определения слишком заужают объектно-предметную область данного знания, сводя его сугубо до психотехнических



аспектов. Мы утверждаем, что если консультативная психология претендует на роль отрасли психологического знания, пусть и научно-практического, в данном знании гораздо больше аспектов требующих своего научного разрешения. Нам хотелось бы сосредоточиться на понимании того, с чем имеет дело консультативная психология, какие задачи она решает и зачем необходимо проводить экспериментальные и эмпирические исследования в рамках данной отрасли знания, что и, собственно, делает консультативную психологию научным знанием.

Объект, предмет, цели и задачи консультативной психологии. Хотелось бы тезисно представить наше мнение по поводу того, что должно включать в себя такое психологическое знание, как консультативная психология. С нашей точки зрения, чтобы называться отраслью знания, даже научно-практической, необходимо, как минимум, определить объект и предмет данной области знания, а также задачи, которые оно должно решать.

Начать надо с того, что не очень четко определен объект и предмет консультативной психологии. Соответственно конкретизация объектно-предметной области данного знания является значимым.

Мы считаем, что объектом консультативной психологии является психическая реальность людей (прежде всего, психические процессы, свойства и состояния человека, психические образования), обратившихся за психологической помощью, а также факторы, создающие жизненные трудности и проблемы людям, и которые они не могут преодолеть без посторонней помощи.

Тогда предметом консультативной психологии выступает сама практика психологического консультирования, направленная на работу с обозначенной реальностью и снижению влияния травмирующих факторов, точнее изучается структура и закономерности процесса психологического консультирования.

Ракурс анализа, согласно А.Н. Елизарова: что реально происходит в момент консультирования между консультантом и лицом, находящимся в положении клиента [9]. А, согласно Ф.Е. Василюка, предметом выступает работа-с-объектом [5].

Как утверждает А.Н. Елизаров, многие психологи-консультанты, оказывающие психологическую помощь своим клиентам, не раз отмечали, что в процессе диалога между ними и клиентами возникало и еще что-то кроме объективного контекста, что помогало решать проблемы. После консультации, с фокуса проблем клиента они переключались на фокус анализа самого процесса диалога. Этому ракурсу и соответствует консультативная психология в ее предметной области.

А.Н.Елизаров [9] утверждает, что сама практика психологического консультирования постоянно порождает запрос на те знания, которые может или могла бы предложить консультативная психология. Он выделяет несколько аспектов проблемы анализа структуры и фак-

торов консультативного процесса, каждый из которых задает сразу несколько задач применительно к исследуемому предмету. Рассмотрим их [9, с.18-20].

1. Создание типологии консультативных ситуаций и исследование различных факторов, обуславливающих эту типологию.

А.Н.Елизаров рассматривает некоторые группы этих факторов, требующих своего исследования:

- во-первых, это индивидуальные различия, как клиентов, так и консультантов;

- во-вторых, реальность, с которой обращается клиент в психологическую консультацию, которая может задавать различные формы работы с ним;

- в-третьих, не менее актуальна задача создания типологии ситуаций, не привязанной к конкретным сферам консультирования, но имеющей отношение к различным состояниям клиента;

- в-четвертых, изучение проблемы влияния социального контекста, среды, в которой живут психолог и клиент на процесс консультирования;

- в-пятых, изучение обратной проблемы – влияния психологического консультирования на социальный контекст, на среду, на социальное сообщество, проблема функционирования человека, обращающегося за психологической помощью, в социальной среде.

2. Выявление и описание основных параметров структуры консультативной беседы.

3. Выработка этических норм, этического кодекса поведения, как для психолога-консультанта, так и для клиента.

4. Анализ различных форм организации диалога между психологом-консультантом и клиентом (например, исследование специфики дистантного консультирования).

5. Разработка научных основ организации труда психолога, исследование проблемы «выгорания» психолога-консультанта, изучение жизненного пути психолога-консультанта и трудностей этого пути, обусловленных спецификой профессии.

6. Разработка новых исследовательских методов для решения задач, стоящих перед консультативной психологией. Особое внимание А.Н.Елизаров предлагает уделить методологии рефлексивного анализа субъективного опыта применительно к различным классам реальности.

Таким образом, можно сказать, что в систематическом виде А.Н.Елизаров задал рамку проведения экспериментальных и эмпирических исследований в такой отрасли психологического знания как консультативная психология, что еще раз подтверждает их необходимость, прежде всего, для подтверждения статуса этой отрасли как научного знания.

Однако надо отдавать отчет, что консультативная психология как научное знание должна решать еще ряд задач, которые могут быть обозначены как задачи ме-



тодологического плана более высокого уровня, нежели представленные А.Н.Елизаровым.

Мы знаем, что любое научное знание имеет свою методологию, которая, в свою очередь, имеет уровневую структуру (см. [1; 10 ;13]), включающую:

- уровень философской методологии;
- уровень общенаучной методологии;
- уровень конкретно-научной методологии;
- уровень процедуры и техники исследования.

Мы можем констатировать, что подход А.Н.Елизарова к определению задач консультативной психологии распространяется, прежде всего, на последних два уровня.

С нашей точки зрения, для консультативной психологии как научного знания основное назначение методологического знания состоит в том, что оно выполняет рефлексивную функцию, т. е. функцию интеллектуального средства, позволяющего ученому или практику выйти в рефлексивную позицию и осознать свои познавательные средства и адекватность их применения. Для современной консультативной психологии характерно расширение сферы рефлексии. Одно из основных направлений в современной методологии консультативной психологии – рефлексия познавательных средств, имеющих как у ученого, так и у психолога-практика, и влияние этих средств на познание им объекта, как с целью научного исследования, так и изучения проблем клиентов для оказания им психологической помощи.

Мы считаем, что с философского уровня предполагается осмысление следующих аспектов.

Во-первых, если говорить о мировоззренческой стороне философского знания, то для консультативной психологии, кроме присущей психологии вообще значимой для осмысления является проблема образа человека и, в зависимости от того, какой образ принимает за основу психолог, так он и объясняет психологию личности, индивидуальности и все что с этим связано. То в рамках консультативной психологии добавляется еще один ракурс для анализа – образ процесса консультирования, который так же формируется в зависимости от видения образа человека, и, исходя из этого, происходит выбор последовательности действий, как при планировании и осуществлении психологической помощи, нуждающимся в ней, так и при планировании и проведении исследований процесса и результатов консультационного процесса, а также наполнения этих действий определенным содержанием.

Во-вторых, еще одна функция философского знания предполагает конструктивную критику научного знания с точки зрения условий и границ его применения, адекватности его методологического фундамента и общих тенденций его развития [24]. Соответственно именно с этого уровня, ученый осуществляет сравнение тех или иных подходов, выделяет их сильные и слабые стороны, и соответственно, исходя из этого, принимается тот или иной метод как ведущий или требующий вне-

сения в него изменений (может быть даже избирается путь интеграции методов).

В-третьих, существует группа философских дисциплин, название которой часто употребляют как единый термин: философия, логика и методология науки. Это комплексное философское направление, согласно Е.В.Ушакова, занимающееся многосторонним анализом научно-познавательной деятельности: проблемами ее структуры и динамики, изучением социально-культурных предпосылок и условий научной деятельности [22].

В рамках консультативной психологии – развивающейся в последние десятилетия области знания – существуют свои особенности анализа научно-познавательной деятельности, которая анализируется через призму понятий и категорий, которые присущи обозначенной части философской методологии.

Как известно, научное знание содержит весьма специфические структуры. Оно включает в себя определенную совокупность концептуальных конструкторов и взаимоотношений между ними. Соответственно, в рамках такого научного знания, как консультативная психология, необходимым является рассмотрение ряда основных структур этого научного знания, как минимум, таких, как понятие, закон и объяснительные схемы, а также анализ принятого в науке разделения научного познания на эмпирический и теоретический уровни.

Только один краткий пример размышлений в рамках такого структурного компонента научного знания как понятие. Важным является то, как преломляются в различных подходах к практике консультирования общие понятия и категории, каковы особенности их понимания в каждом из подходов. Возьмем проблему диагноза: понятие употребляется в каждом подходе. Но, например, если в психоаналитическом и бихевиоральном подходе диагнозу придается важное значение, что даже один из этапов процесса консультирования в этих подходах обозначается как диагностический, то в клиентоцентрированном – постановка диагноза не приветствуется, но это не значит, что данной проблеме не уделяется внимание, и понятие «диагноз» является табуированным. Наоборот, слишком много обоснований, почему диагноз, если не вреден, то, во всяком случае, не целесообразен.

С уровня общенаучной методологии так же могут появиться наработки в осмыслении того, что происходит в консультативной психологии как научном знании.

Так, например, с позиций общей теории систем, как научной и методологической концепции исследования объектов, представляющих собой системы, и, применимо к консультативной психологии, как научному знанию, мы начинаем осознавать, и что личность человека, обратившегося за психологической помощью, и сам процесс психологического консультирования, и процесс экспериментального исследования, происходящих с клиентом изменений являют собой системы и что части этих систем взаимосвязаны между собой. Обращение к



теории систем позволяет осознать, что воздействие на личность может оказаться действенным, если оказывать воздействие на какую-то часть системы (например, воздействия осуществляются в отношении эмоциональной сферы личности), что ведет к изменению всей системы (системным изменениям в личности клиента). Что последовательность действий консультанта имеет свою особую структуру (причем в зависимости от подхода она своя), но существуют общие фазы (этапы) характерные для процесса консультирования вообще, и упущение какого-либо этапа нарушает весь процесс консультирования в целом, делая, как правило, его малоэффективным. Что процесс исследования четко регламентирован в каждом из подходов и изменения в этой последовательности ведет к тому, что будет проведено некачественное исследование.

Хотелось бы констатировать, что применимо к консультативной психологии и психотерапии с обозначенных уровней методологического знания мало кто системно рассматривал данные области науки. Можно назвать среди отечественных авторов Ф.Е.Василюка, Б.Д.Карвасарского, А.И.Сосланда [5; 6; 14; 20]. А автором статьи разработан и читается магистерский курс «Философско-методологические основы психологического консультирования и психотерапии» и ведется работа над учебным пособием.

Необходимость исследований в консультативной психологии. Необходимость научных исследований в рамках консультативной психологии как отрасли психологического знания, в принципе, не подлежит сомнению. Более того, это понимание приходит через призму таких двух уровней методологии как уровень конкретно-научной методологии и уровень процедуры и техники исследования.

Так А.Е.Айви, М.Б.Айви, Л.Саймэк-Даунинг указывают, что научные исследования это «маршрут», который дает ответ на вопрос «Насколько точна и полезна та или иная теория консультирования или психотерапии при решении проблемы клиента?». Они считают, что «...научные исследования – это попытка организовать и внести ясность в сложные отношения консультанта и клиента» [2, с. 430].

Однако различные авторы указывают на нежелание проводить исследования и называют ряд причин.

Так С.Глэддинг [8, с.592], со ссылкой на ряд американских специалистов в области консультирования, утверждает, что для некоторых практикующих специалистов исследование подразумевает особую, не всегда понятную деятельность, удаленную от реальной жизни. При этом некоторых консультантов привлекает именно «таинственность» исследования. Однако чаще исследование вызывает у консультантов эмоциональную реакцию страха, беспокойства и даже пренебрежения. Эти консультанты чувствуют, что большинство исследовательских работ имеют отдаленное отношение к их

практическим нуждам. Более того, они относятся к исследованию как к чему-то чуждому и безликому.

Отдельные практики считают, что их повседневная работа с клиентами оставляет мало времени на исследовательскую работу, вынуждает их оставаться в стороне от последних достижений и исследований. Поэтому большинство консультантов не занимаются исследовательской деятельностью, и это представляется серьезным недостатком в интеграции исследований в практику консультирования. Многие консультанты испытывают чувство враждебности и обиды по отношению к исследователям и исследованию.

С.Глэддинг, ссылаясь на своих коллег П.Хеппнера и В.Андерсона, перечисляет главные факторы, которые вызывают негативное отношение консультантов к исследовательской работе и их нежелание тратить время и силы на нее. Они следующие:

- недостаток знаний о методах исследования;
- отсутствие четкого понимания целей и задач тех программ по которым они работают;
- недопонимание значения исследований в планировании эффективных терапевтических процедур;
- боязнь получить отрицательный результат;
- отсутствие поддержки со стороны коллег и супервизоров;
- недостаточная финансовая поддержка;
- несклонность и ограниченные способности к проведению исследовательских работ.

Кроме того, констатирует С.Глэддинг, в отдельных теориях консультирования принижается значение эмпирических исследований. А компетентность в вопросах оценивания и исследований и умение осознанно пользоваться их результатами, требует затрат времени и глубокого понимания распространенных в этих областях методов.

К.Холл и Г.Линдсей называют еще одну причину: «организация и осуществление хорошо контролируемых исследований психотерапии исключительно трудны из-за хрупкости и интимности психотерапевтической ситуации. Терапевты не хотят подчинить благополучие клиента нуждам исследования и неохотно позволяют какое-либо посягательство на уединение терапевтического кабинета [23, с. 271].

Тем не менее, С.Глэддинг, со ссылкой на ряд американских специалистов в области консультирования, обращает наше внимание на значимость исследований, и рассматривает их как неотъемлемую часть консультирования. Он утверждает, что «консультантам недостаточно быть чуткими, внимательными, эмпатичными людьми, недостаточно владеть теорией, методами и техниками консультирования. Им также необходимо обладать навыками оцениваний и исследования, поскольку, лишь оценивая и анализируя, можно прийти к правильному пониманию и совершенствованию своей практической работы. Консультанты, которым недостает навыков для



проведения исследования или оценивания, обрекают себя и профессию консультирования на конфликты с общественностью, спонсорами и отдельными клиентами в тех случаях, когда от них правомерно могут потребовать отчета. Неумение измерить и проанализировать эффективность методов консультирования может привести консультантов к нарушению ими этических норм, поскольку они не имеют возможности доказать, как того требуют этические кодексы ассоциаций профессионального консультирования, что предлагаемые ими услуги консультирования действительно эффективны» [8, с. 586].

Таким образом, завершает С.Глэддинг, «оценивание и исследование – это средства, которые позволяют гарантировать максимально высокое качество обслуживания клиента и положительные результаты консультирования. Данные процедуры также помогут консультантам «приостановиться» и исследовать собственные методы консультирования. Это может помочь консультантам переосмыслить и даже сменить тактику в консультировании, способствуя, таким образом, их совершенствованию как профессионалов» [8, с. 586].

В отечественной консультативной психологии также сложились представления о необходимости исследований психологического консультирования и проблем, связанных с ним. Отечественные авторы, в основе подерживают по этому поводу зарубежных коллег.

Психотехнический подход к исследованиям психологического консультирования и психотерапии в России. Начиная с конца 80-х – начала 90-х годов за короткий срок в стране возникли и предложили достаточно широкий спектр психологических услуг различного типа психологические службы. Возврат к психологической практике в корне изменил ситуацию в психологии и привел к созданию новой сферы профессиональной деятельности и нового типа специалиста - психолога-практика. В этом случае, в отличие от прикладной психологии, положение психолога в исследуемых им ситуациях принципиально меняется, т.к. он получает объект исследования в свое полное распоряжение. По оценке Ф.Е.Василюка, «с появлением самостоятельных психологических служб, собственно психологической практики принципиально меняется социальная позиция психолога. Он сам формирует цели и ценности своей профессиональной деятельности, сам осуществляет необходимые воздействия на обратившегося за помощью человека, сам несет ответственность за результаты своей работы. И это резко изменяет и его отношение к людям, которых он обслуживает, и его отношение к самому себе и участвующим в работе специалистам другого профиля, и, главное, сам стиль и тип его профессионального видения реальности» [5, с.180].

Т.е., если раньше психолог оказывал помощь другим, «базовым специалистам» - военным, педагогам, управленцам, медикам и т.д. - в решении их задач, то теперь у него появилась возможность строить свою деятель-

ность по своим нормам и правилам, и, более того, быть ответственным за свою деятельность.

Соответственно, появление современной психологической практики приводит к качественному изменению и самой психологической теории. В ее составе, по словам Ф.Е.Василюка, начинает формироваться особая психотехническая теория.

Ф.Е.Василюк [5, с. 197-226] отмечает, что наступили необычные времена и для психологов-исследователей. Если раньше результаты их работы использовались для написания других научных работ на их базе, либо практиками других профессий, то теперь пользователем становится критичный, требовательный, смотрящий с позиции реального опыта практической психологической работы, профессионал. Ожидания психолога-практика заключаются в том, что «исследовательская, теоретическая психология должна реализовывать такой методологический подход, который бы позволил бы научно изучать не психику испытуемых, а опыт работы с психикой, прежде всего опыт профессиональной психологической работы, позволял бы черпать темы из этого опыта, создавать понятия и модели, описывающие и объясняющие опыт, формулировать результаты в виде, возвращаемом и конвертируемом в опыт. Чтобы продуктивно развиваться, психологическая теория должна включиться в контекст психологической практики и сама включить эту практику в свой контекст. Двумя словами психологическая теория должна реализовывать психотехнический подход» [5, с. 208-209].

Ф.Е.Василюк считает важным отчетливо осознавать тот факт, что только своя психологическая практика может стать краеугольным камнем психологии, как главный философский принцип всей психологии. И в то же время возникает потребность в психологической теории для практики, т.к. психолог-практик, обращаясь к существующим отечественным психологическим концепциям, не находит руководства к действию и средств научного понимания своих действий. Психолог-практик ждет от теории ответов на волнующие его вопросы: в чем смысл, цели, например, психологического тренинга, консультирования и т.д.?; какова зона его компетентности?; как достигать нужных результатов?; почему те или иные действия приводят именно к такому результату, какие внутренние механизмы срабатывают при этом? и др. [5].

Ф.Е.Василюк [5, с. 177-196] называет и рассматривает основные отличительные признаки психотехнической теории. К ним относятся:

- практичность теории как выражение ее направленности не на внешний по отношению к исследователю объект, а на «работу-с-объектом»;

- ценностная ориентация на критерии истины, добра, красоты, святости, пользы и т.п., в отличие от критериев объективности, характерных для академической психологии;



- адресность психотехнической теории, обращенной к психологу-практику как ее «внутреннему персонажу» и релевантной его внутреннему опыту;

- субъектность познания, обусловленная заинтересованностью всех участников психотехнической практики (и психолога, и клиентов) в качестве процесса и результатах своей деятельности;

- гибкость и многообразие методических средств, обеспечивающих создание оптимальных условий для самопознания и самораскрытия, как клиента, так и самого психолога;

- личностный характер получаемого в результате взаимодействия знания как знания не о чем-то внешнем по отношению к исследователю, а знания о том, что «присутствует во мне или в чем присутствую Я»;

- метод объединяет участников психотехнической ситуации, и сам становится предметом исследования изнутри.

Все указанные черты призваны показать главное отличие психотехнической теории от традиционного психологического знания. Оно состоит в том, согласно Ф.Е.Василюку, что в данном случае в качестве общего предмета выступает «метод, ограничивающий и созидающий пространство психотехнической работы-с-объектом» [5, с. 190]. Это обусловлено тем, что именно метод выступает центральным звеном в системе взаимодействия психолога-практика с клиентом.

И в зависимости от того, что и как он делает, формируется понимание того, что и как происходит в этот момент в психике и клиента, и психолога.

В итоге психотехническая теория обогащается обобщениями особого рода, которые уже по своему происхождению представляют собой универсальные «способы совместной деятельности», например, по преодолению психологических затруднений или активизации личностного роста.

Нельзя не сказать еще об одной работе в развитии идей психотехнического подхода, которая тоже может претендовать на роль программной по данному подходу – работа А.А.Пузыря «Культурно-историческая теория Л.С.Выготского и современная психология» [15], которая вышла шестью годами раньше, чем статья Ф.Е.Василюка. Эта работа по своим задачам носит методологический характер и дает ориентиры для построения «новой психологии», по мысли Л.С.Выготского – «методологии психотехники» или «философии практики», т.е. дисциплины, способной детально и эффективно отвечать на запросы практики. В качестве объекта исследования «новой психологии», по мнению А.А.Пузыря, «мы должны брать не естественные процессы функционирования психического аппарата, а системы психотехнических действий», то есть психологическую практику, действия «по трансформации, преобразованию этого аппарата» [15, с. 87].

Чтобы операционализировать эту практику в конкретной исследовательской деятельности, А.А.Пузырей вводит понятие психотехнического действия как единицы анализа психической реальности. Психотехническим действием он называет любое «действие по овладению и изменению психики с помощью применения специальных искусственных знаковых средств» [15, с. 86]. Заметьте, насколько последнее близко к содержанию пониманию термина Ф.Е.Василюка «психотехническая работа-с-объектом».

Главным в идее метода является то, что исследование органически включается в практическое действие и ориентируется, говоря словами А.А.Пузыря, «на получение такого знания об объекте изучения, которое позволяло бы строить форму практики, с необходимостью предполагающую непрерывное получение знания о ней, ее исследование в качестве необходимого условия самого ее существования!» [15, с. 100]

Консультант имеет дело с реальностью трансформации или преобразования личностной организации клиента с помощью особого рода инструментов или органов – действий, которые можно назвать, зная мышление Л.С.Выготского и его метод выделения «единиц» анализа и используя термин, введенный А.А.Пузырем, – психотехническими действиями.

Тогда психологическую консультацию мы можем рассматривать как систему психотехнических действий, а само психотехническое действие является той единицей психологического анализа, с которой мы можем иметь дело при анализе ситуаций, возникающих в консультации при психотехническом описании процесса консультирования, в рамках исследований любого консультационного метода.

Психотехническое описание, согласно А.А. Пузыря, представляет собой описание объекта с точки зрения задач, средств и способов «его направленной трансформации посредством и внутри самого исследования объекта». Т.е. психотехническое описание нацелено «не на фиксацию законов естественной жизни объекта, но – на фиксацию условий возможности направленного его преобразования во что-то другое». И если еще больше упростить понимание психотехнического описания, то можно сказать, что «психотехническое описание – это описание объекта с точки зрения системы психотехнического действия» [15, с. 98]

Такое описание дает возможность проследить трансформацию личностных характеристик клиента посредством системы психотехнических действий, организованных консультантом.

Действия самого консультанта рассматриваются как особого рода органы для совершения психотехнической работы, организации психотехнического действия.

Но понимание этого было бы совсем не полным, если бы было так, что эти действия влияли на клиента сами по себе, производя свой психотехнический эффект



благодаря своей собственной конструкции. Тогда эти действия рассматривались бы клиентом, как приятное время препровождения. Для этого есть еще один орган-действие, который определяется А.А.Пузыревым как рефлексия произведенного действия. В консультировании это рефлексия каждой консультационной сессии, всего процесса консультирования в целом, в результате которого усиливается понимание психотехнического действия или психотехнической деятельности в целом.

Это не «объясняющее» понимание, произведенное консультантом и которое устраняет тайну психотехнического действия и как бы создает иллюзию его полной прозрачности, которую требует рациональное сознание. Это понимание, доставляемое самоанализом каждым клиентом произведенного на него психотехнического воздействия и проговаривание результатов самоанализа при обсуждении, организуемом консультантом после каждого воздействия, каждой проведенной сессии и перед началом каждой сессии, а также по завершении консультационных встреч.

Таким образом, психотехнический подход имеет большое значение для консультативной психологии и, в частности, исследования процесса и результатов психологического консультирования и психотерапии. Фактически он может рассматриваться как методологическая основа развертывания экспериментальных исследований в рамках консультирования и психотерапии, т.к. претендует на статус метатеории.

Главная идея психотехнического подхода, которая ценна и важна для исследователя процесса и результата консультирования и психотерапии, то, что любой консультационный метод воздействия является и исследовательским методом. И, в отличие от академической теории, сам консультант, психотерапевт является частью и процесса воздействия и его исследования. Он обладает ценностным взглядом на то, что происходит внутри консультирования. А его клиент может рассматриваться не только как объект, на который производятся воздействия, но и полноправный участник исследовательского проекта, оказывающий помощь в исследовании консультационного процесса, благодаря тем описаниям, которые он может предоставить в процессе и в результате консультирования.

Таким образом, можно констатировать, что становление психологической практики на современном этапе во многом связано с формированием такой отрасли знания, как консультативная психология, изучающая не только различные аспекты процесса психологического консультирования, но и различные теоретико-методологические основания данного знания, включая наполнение структурных компонентов ее методологии (философский, общетеоретический, конкретно-теоретический уровни и уровень методик и техник исследования, в т.ч. и методики и техники психологического воздействия на клиентов).

## Литература:

1. Асмолов А.Г. Психология личности: культурно-историческое понимание развития человека. – М.: Смысл; Издательский центр «Академия», 2007. – 528 с.
2. Айви А., Айви М., Саймэн-Даунинг Л. Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники: практическое руководство. – М.: Психотерапевтический колледж, 2000. – 487 с.
3. Бондаренко А.Ф. Консультативная психология в странах Запада и Востока: статус и притязания / Психотерапия. – 2012. – № 10. – С. 5-12
4. Бусыгина Н.П. Методология качественных исследований в психологии: Учебн. пособие. – М.: ИНФРА-М, 2013. – 304 с.
5. Василюк Ф.Е. Методологический анализ в психологии. – М.: МГППУ; Смысл, 2003. – 240 с.
6. Василюк Ф.Е. Понимающая психотерапия как психотехническая система: Автореф. д-ра психол. наук. – М.: МГППУ, 2007.
7. Василюк Ф.Е., Коренева Е.Н. Новое имя. Новый статус. Новые задачи. // Консультативная психология и психотерапия. – 2010. – № 1. – С. 5-10.
8. Глэддинг С. Психологическое консультирование. – СПб.: Питер, 2002. – 736 с.
9. Елизаров А.Н. Основы индивидуального и семейного психологического консультирования: учебное пособие. – М.: «Ось-89», 2003. – 336 с.
10. Корнилова Т.В., Смирнов С.Д. Методологические основы психологии: учебник. – М.: Издательства Юрайт, 2011. – 483 с.
11. Кузовкин В.В. Проблема личностного роста в консультативной психологии и психотерапии // Психотерапия. – 2011. – № 9. – С. 10-21.
12. Кузовкин В.В. Психотехника личностного роста. Монография. – М.: ИИУ МГОУ, 2014. – 264 с.
13. Лубовский Д.В. Введение в методологические основы психологии. – М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2007. – 224 с.
14. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. 3-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2006. – С. 379-382.
15. Пузырей А.А. Культурно-историческая теория Л.С. Выготского и современная психология. – М.: Издательство Московского университета, 1986. – 118 с.
16. Роджерс К. Клиент-центрированная терапия: Теория, современная практика и применение. – М.: Психотерапия, 2007. – 512 с.
17. Роджерс К. Консультирование и психотерапия: Новейшие подходы в области практической работы. – М.: Психотерапия, 2006. – 512 с.
18. Роджерс К. Становление личности. Взгляд на психотерапию. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 416 с.



19. Сапогова Е.Е. Консультативная психология: учеб. Пособие для студ. Высш. Учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2008. – 352 с.
20. Сосланд А.И. Фундаментальная структура психотерапевтического метода, или как создать свою школу в психотерапии. – М.: Логос, 1999. – 368 с.
21. Улановский А.М. Феноменологическая психология: качественные исследования и работа с переживанием. – М.: Смысл, 2012. – 255 с.
22. Ушаков Е.В. Введение в философию и методологию науки. – М.: КНОРУС, 2008. – 592 с.
23. Холл К. С, Линдсей Г. Теории личности. – М.: Психотерапия, 2008. – 672 с.
24. Юдин Э.Г. Системный подход и принцип деятельности. – М.: Наука, 1978. – 391 с.

## ***Counseling psychology as scientific and practical branch of psychological science***

**KUZOVKIN VIKTOR V.**

Candidate of psychological sciences (PhD), Associate Professor, Professor of the Psychological Counseling Division, Psychology Department, Moscow Region State University; co-founder and the head of the non-commercial partnership «Scientific-Practical Centre «TRIAD»; full member and co-chairman of the modality «Client-Centered Therapy» of the Professional Psychotherapists' League; full member (applied direction) and board member of the Russian Psychoanalytic Society; person-centered psychotherapist.

*In this paper counseling psychology is viewed as scientific and practical branch of psychological science. The object and subject of counseling psychology are determined; its subject matter, aims and tasks are reviewed. The author gives his own definition of counseling psychology and draws the readers' attention to the necessity of scientific research in this sphere. Psychotechnical theory is presented in the paper as the basic methodology that explains the focus of research in counseling psychology. This paper is particularly relevant in the light of current events in Russia: psychological assistance is gaining a legal basis as the draft of the Federal Act "On Providing Psychological Assistance" is currently under consideration by the State Duma.*

*Keywords: Counseling psychology, scientific and practical branch of psychological science, psychotechnical theory.*



## Психотерапия боли

ТИТОВА В.В.

к.м.н., доцент кафедры психосоматики и психотерапии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, психотерапевт Европейского реестра

*В статье Титовой В.В. подробно описываются практические техники гипнотерапии, используемые для работы с пациентами с острой или хронической болью различного происхождения.*

*Ключевые слова: боль, страх, гипноз, обезболивание, методики, психотерапия.*

Гипноз издавна использовался с целью облегчения и контролирования боли. В многочисленных публикациях описываются различные сферы применения гипнотической анальгезии: онкология, амбулаторная хирургия, стоматология, травматология, хронические болевые синдромы при соматических заболеваниях и т.д. (Hilgard & Le Baron, 1984; Hellmut W. A. Karle & Jennifer H. Boys, 1987, 1991, 1996; Erickson V.E., 2004). Изменение порога восприятия различных ощущений (зрительных, слуховых, обонятельных, вкусовых, тактильных, болевых, ощущений в теле), их искажение, исчезновение или селективное восприятие являются одними из ведущих феноменов трансового состояния. Когда пациент находится в трансе (независимо от того, индуцирован ли транс гипнотерапевтом или возник спонтанно), болевой чувствительностью можно управлять, достигая различной степени гипестезии.

Прежде, чем перейти к практическим приемам обезболивания в техниках эриксоновской гипнотерапии, необходимо остановиться на нескольких важных элементах боли.

**Первой особенностью** пациентов с острой или хронической болью всегда испытывает страх. Это может быть страх утраты здоровья, работоспособности, независимости, страх стать беспомощным и обузой для родных или страх смерти. Причины боли и страха разные, поэтому работать с ними необходимо отдельно. На мой взгляд, начинать лучше с осознания и описания пациентом своих страхов. Многие пациенты с хронической болью радуются предложению рассказать о своем страхе, ведь зачастую им сложно поделиться своими переживаниями с близкими или друзьями, они держат страх внутри, живут в постоянной тревоге, нарастающем внутреннем напряжении. Даже сама возможность поделиться с психотерапевтом своими страхами и получить понимание и поддержку может дать терапевтический эффект и облегчить состояние больного. Многие врачи-травматологи замечали, что как только больной оказывается в приемном покое и убеждается в том, что

получит помощь, боль имеет тенденцию уменьшаться, и пациент дает себя осмотреть. Таким образом, просто отделив боль от того, что является всего лишь страхом, можно уменьшить боль.

В Италии существует поговорка: «Взгляни в глаза своему страху (в буквальном переводе – «привидению»), и он исчезнет». После описания страхов необходимо диссоциировать их от переживания боли. С этой целью можно локализовать страх (определить участок тела, где он максимально ощущается) и придать ему определенную форму, размеры, цвет, консистенцию, температуру, вес, обонятельные и вкусовые ощущения, подобрать наиболее подходящий для страха звук или сочетание звуков, определить его подвижность/ неподвижность, способность увеличиваться, уменьшаться и перемещаться в теле.

Пациенты при этом нередко персонифицируют страх, превращая его в монстра, страшного человека, вампира, иногда образ страха ассоциируется с темнотой, грязью, огнем и т.д. Подобная концентрация внимания пациента на своих внутренних ощущениях и образах обычно способствует развитию разлитого терапевтического транса.

Задача гипнотерапевта – утилизировать полученный образ страха. С этой целью можно вынести страх за пределы тела пациента: рассеять, как туман, заморозить, сжечь, сбросить в пропасть, залить водой и т.п. Очень хорошо в работе со страхами, особенно в детской практике, зарекомендовали себя методики проективной гипнотерапии: пациенту предлагается нарисовать свой страх (слепить, вырезать, изготовить маску), как можно точнее передавая ощущение, после чего этот рисунок, на усмотрение пациента, можно изменить, дорисовать, заштриховать, порвать, сжечь, выбросить. В других случаях, хороший эффект дают техники визуально-кинестетической диссоциации, когда пациент в трансовом состоянии наводит «внутренний порядок» в своей гипнотической реальности, побеждает монстра, превращает страха-врага в союзника. Таким образом, на первом



этапе работы с болью важно уменьшить внутреннее напряжение и страхи пациента.

**Второй особенностью** пациентов с хронической болью является то, что они чаще всего воспринимают боль, как ужасного врага, с которым они не в состоянии справиться, разрушающего всю их жизнь. Мне очень нравится точка зрения Б.Э. Эриксона (2004), которая сообщает своим пациентам, что боль крайне важна для тела, именно она предупреждает тело о том, что в нем что-то не так, и сообщает, улучшается или ухудшается уже имеющееся состояние. У боли, таким образом, есть основная цель: контролировать состояние тела и предупреждать нас о любых изменениях в организме. В медицине известны случаи, когда люди рождались без рецепторов боли и очень страдали из-за этого, намного чаще, чем другие, погибая от травм и заболеваний. Для пациента это принципиально иной взгляд на боль, она становится необходимой и полезной, из врага превращается в помощника. Из этого переформирования отношения к боли (в эриксоновской гипнотерапии такой процесс называется рефреймингом смысла) следует два вывода. Во-первых, большинство гипнотерапевтов не устраняют хроническую боль полностью. Чаще всего боль перемещается в наименее болезненный участок тела (например, из живота, груди или спины – в палец или кисть); этот чувствительный участок сохраняет осведомленность пациента о любых изменениях в его состоянии и позволяет своевременно принять меры в случае ухудшения болезненного состояния. Иногда небольшой участок боли в привычном месте остается чувствительным, либо сохраняется минимально интенсивные болевые ощущения. В некоторых случаях, достигается полная анальгезия, но делается прямое внушение, что какое-либо усиление или иное изменение боли, осознание которой блокируется, повлечет за собой ощущение боли в полной мере, то есть блок прекратит действовать. Во-вторых, сообщая пациенту, что боль – важный индикатор изменения состояния тела, мы, не акцентируя на этом внимания, косвенно передаем и другую информацию: если боль уже сообщила ему о том, что в организме что-то изменилось, у него нет больше необходимости постоянно чувствовать боль.

**Третьей особенностью** пациентов с хронической болью является ее многокомпонентность. Так, можно выделить собственно боль, предчувствие боли и воспоминание о боли (Erickson В.Е., 2004). Предчувствие боли часто возникает утром, когда пациент просыпается с мыслью: «Ну, вот, сейчас опять заболит». Воспоминание о боли есть в опыте любого человека, тем более у пациента с хронической болью. Практически все мы можем вспомнить ощущение зубной боли, боли, возникающей при стоматологических манипуляциях, или, например, при прокалывании безымянного пальца скарификатором. При работе с болью в эриксоновской гипнотерапии важно, чтобы у пациента исчезло предчувствие боли, и забылось воспоминание о боли. Таким

образом, каждое последующее болевое ощущение станет для пациента новым и неожиданным. С целью направленной амнезии воспоминаний о боли и предчувствия боли в трансе можно использовать определенные словесные конструкции, например: «Все мы забываем о том, что нужно помнить, и вспоминаем о том, что нужно забыть... Мы забываем вспоминать об очень многом... и можно позволить себе забыть вспомнить боль... прямо сейчас». Или: «Каждый из нас одно помнит, другое забывает... Часто забываются ощущения, о которых, мы были уверены, будем помнить всю жизнь... Буквально каждый день мы забываем что-нибудь из того, что было вчера... позавчера... и уж тем более неделю назад... и месяц... И можно позволить себе забыть боль... ведь забывать так естественно... к тому же преданное забвению не имеет большого значения... важно лишь то, что принадлежит настоящему... мысли... и новые ощущения». Внушение с упором на амнезию воспоминаний о боли можно подкреплять примерами, общими для многих людей. Например, все мы можем забыть о головной боли, когда начинаем смотреть интересную программу по телевизору или читать любимую книгу. Порой мы забываем о новой неудобной обуви и можем долго ходить в ней, забыв вспомнить боль в ногах. Часто мы забываем чувствовать, как очки давят на переносицу, и, перейдя на контактные линзы, многие еще долго «поправляют очки на переносице», просто забыв вспомнить. Амнезия воспоминаний о боли и предчувствия боли приводит к тому, что пациент воспринимает каждое возникающее болевое ощущение, как новое: «Интересно, каким будет это ощущение? И как долго оно продлится?» Важно, что пациент начинает экспериментировать с болью.

**Четвертой особенностью** пациентов с хронической болью является их убежденность в том, что они не могут управлять своими болевыми ощущениями и контролировать их. Уже при первой встрече необходимо, не акцентируя на этом внимания пациента, наглядно продемонстрировать ему возможность управления своей болью. С этой целью можно попросить пациента максимально подробно и точно описать свою боль так, чтобы гипнотерапевт мог ее представить и «почувствовать». Концентрация внимания пациента на боли и детализация нюансов, оттенков ощущений приводит, как правило, к усилению имеющейся боли. Например, пациент с трофической язвой стопы начинает описывать, как ему кажется, что «ногу жжет каленым железом, кость как будто крошится, мышцы и связки разрываются на части...» В какой-то момент подробного описания боль достигает наибольшей интенсивности, и можно сказать: «Достаточно. Мне, кажется, удалось представить и почувствовать Вашу боль. Теперь Вы можете вернуть все в прежнее состояние и перестать обращать особое внимание на свою боль». Подобное переключение внимания и расслабление после напряженного исследования особенностей боли обычно уменьшает интенсивность болевых ощущений. Таким образом, Вы косвенно



демонстрируете пациенту, что он может управлять своей болью, усиливать ее и уменьшать.

И последнее, что важно уточнить перед погружением пациента в транс. Это способы, приносящие ему облегчение боли. Быть может, ему помогает тепло. Или приятная прохлада. Или он опускает руки в воду. Или заворачивает в шерстяную шаль. Нужно выяснить все нюансы, т.к. впоследствии эта информация будет использоваться во внушении.

Переходя к описанию техник гипнотической аналгезии, необходимо остановиться на процедуре введения пациента в состояние транса.

Индуктировать транс можно различными способами. Одним из наиболее простых и надежных приемов является шаблон «5 – 4 – 3 – 2 – 1».

Для этого попросите пациента устроиться поудобнее, при этом не важно, будет ли он сидеть или лежать, не имеет значения положение рук и ног – главное, чтобы это была комфортная для пациента поза.

Предоставьте пациенту выбор: он будет находиться с закрытыми глазами, или предпочтет оставить глаза открытыми. В случае, когда пациент погружается с открытыми глазами, попросите его зафиксировать взгляд на каком-либо предмете, расположенном чуть выше линии взгляда прямо перед собой. Объясните, что фиксация взгляда необходима для достижения большей сосредоточенности на ощущениях, чтобы пациента ничего не отвлекало. Далее необходимо синхронизировать темп вашей речи с ритмом дыхания пациента, говорить плавно, ритмично, постепенно замедляя темп, используя паузы, чуть понижая интонации голоса на выдохе. Словесный шаблон «5 – 4 – 3 – 2 – 1» схематически представлен в таблице 1.

Таблица 1

Шаблон «5 – 4 – 3 – 2 – 1»

Этап	«Вы видите...»	Внушение	«Вы слышите...»	Внушение	«Вы чувствуете...»	Внушение
I	4	1	4	1	4	1
II	3	2	3	2	3	2
III	2	3	2	3	2	3
IV	1	4	1	4	1	4
V	0	5	0	5	0	5

На I этапе пациенту предъявляется то, что он действительно видит перед собой (если находится с открытыми глазами), слышит и чувствует (телесные ощущения), количество же внушенных феноменов минимально. На каждом последующем этапе постепенно уменьшаются реальные визуальные, аудиальные и кинестетические стимулы и нарастают внушенные феномены. Приведу пример: «Сейчас Вы сидите на этом кресле... И я хочу обратить Ваше внимание на то, что Вы видите перед со-

бой... Вы видите стену... И рисунок обоев... Мой стол... И книгу, лежащую на столе... И Вы можете начать расслабляться... Вы слышите мой голос... И шум дождя за окном... Звуки улицы... И чьи-то шаги по коридору... И свое дыхание... И можно позволить себе дышать чуть более редко и глубоко... Вы чувствуете, как Ваша спина касается спинки кресла... А руки соприкасаются друг с другом... Волосы чуть касаются лица... Грудь с каждым вдохом поднимается... И можно еще больше сосредоточиться на ощущениях внутри... Вы видите окно... И свет из окна... И тень от книги на столе... И глаза начинают уставать... Возможно, им захочется закрыться... И можно прислушаться к тиканью часов... И звукам ветра за окном... И каплям дождя по стеклу... И погрузиться в себя... И вспомнить о чем-то глубоко внутри... Можно почувствовать свои руки... Их вес... Быть может, тяжесть... Или легкость... Разные ощущения... Тепло... Или прохлада... Ткань брюк под левой ладонью... И внешний мир куда-то уходит... И спокойствие может нарастать... Можно позволить себе отдохнуть...» и т.д.

После того, как пациент погрузился в транс, можно начинать работать с болью. Техник обезболивания в гипнотерапии много. Наиболее часто используется анестезия с помощью внушения холода. При этом начинают обезболивание обычно с кистей рук, после чего аналгезию можно перенести на любой другой участок тела. Приведу пример внушения: «Может быть Вы вспомните зиму... Прошлую, или когда-то очень давно... Может быть в детстве... Прокатиться на санках... Или с горки... Поиграть в снежки... И можно вспомнить, как было очень холодно... И Вы забыли варежки... У всех нас когда-нибудь замерзали руки... И можно понастоящему вспомнить, как Вы держали снег в своих ладонях... И чувствовали его на своих пальцах... И руки становились все холоднее... Очень быстро... И Вы перестаете чувствовать разницу между холодным снегом в Ваших руках и тем, который успел растаять... И каплями стекает с Ваших ладоней... Пальцы немеют... Каждый по-разному... Замерзают... И перестают чувствовать снег... И можно на минуту позволить себе опустить руки в ледяную воду... И сохранить внутри тепло... Снаружи холод... Ледяная вода... И онемение... Еще холоднее... Хорошо...» В словесных внушениях можно использовать любой другой прошлый опыт пациента. Например, ощущение постепенного онемения после инъекции анестетика, ощущение онемевшей руки, которую пациент «отлежал» и т.п.

Гипнотическая анестезия кистей рук и предплечий часто сопровождается феноменом левитации руки, спонтанной или индуцированной внушением. После достижения анестезии необходимо проверить и продемонстрировать пациенту качество обезболивания. С этой целью можно использовать прикосновение иглой и прокалывание кожи. Внушение холода и онемения, как правило, сопровождается спазмом поверхностных сосудов кожи, рука бледнеет, место поверхностного прокола



не кровоточит. Пациент подтверждает отсутствие болевой чувствительности. Тактильная чувствительность при этом сохраняется, прокол иглой часто воспринимается, как прикосновение тушым предметом. Многие пациенты открывают глаза, чтобы убедиться, что Вы действительно прокалываете кожу иглой – это только усиливает эффект гипнотической анальгезии.

После обезболивания кистей рук или одной из них необходимо перенести анестезию на область боли. Для этого пациент должен положить ладонь анестезированной руки на больное место и почувствовать, как онемение и/или холод постепенно распространяются и достигают источника боли, блокируя болевые импульсы. Вы подкрепляете это словесными внушениями. Пациент сообщает Вам о своем состоянии и о том, что происходит с болевыми ощущениями. Как правило, ощущение онемения наступает достаточно быстро, боль уменьшается, притупляется, или совсем проходит. В словесные внушения также необходимо включить информацию о том, что любое ухудшение состояния источника боли немедленно даст возможность пациенту почувствовать это изменение, например, через усиление болевых или иных ощущений.

Обезболивание с помощью внушенных состояний тепла нередко используется при ревматических болях, артрозах и артритах другой этиологии, при остеохондрозе, любых других болях, связанных с хроническим мышечным напряжением и т.п. Желательно, чтобы у пациента был успешный опыт снятия боли с помощью тепла. «Сейчас Вы чувствуете себя вполне уютно, за исключением того, что сохраняется боль в шее... (пациентка кивает)... Я хочу, чтобы сейчас Вы все свое внимание сосредоточили на своих руках... Представьте, что Вы опускаете их в ванну с горячей водой... Или очень теплой... Вода приятной температуры... Руки становятся теплыми... И даже мягкими... Разогреваются... И Вы можете чувствовать, как усиливается приток крови к рукам... Нарастает тепло... И становится даже горячо... Действительно приятное ощущение тепла... Горячие руки... И Вы можете поднять их и положить на шею... С обеих сторон... Там, где боль сильнее всего... И почувствовать, как тепло проникает внутрь... В шею... Глубоко... Она становится все теплее и теплее... Мышцы расслабляются... И делаются теплыми и мягкими... Как руки... Руки согревают и расслабляют... И отдают тепло... Боль успокаивается и угасает... В шее разливается приятное тепло... И комфорт... И расслабление...»

Обезболивание руки можно достигнуть и с помощью кинестетического транса. Вы сообщаете пациенту о том, что будете прикасаться к его руке каким-либо предметом или своей рукой, а ощущения прикосновений будут постепенно ослабевать. «И довольно скоро Вы, возможно, обнаружите, что совсем не чувствуете моих прикосновений... Когда это случится, дайте мне знать кивком головы...» Пациент при этом может находиться с закрытыми глазами, либо с открытыми, в этом случае важно

зафиксировать его взгляд прямо перед собой. Достигнутая анестезия также проверяется путем прокалывания кожи и сравнения чувствительности с не обезболенным участком руки или с другой рукой. После этого производится проекция анестезии на область боли, также, как и в примере с обезболиванием с помощью внушения ощущений холода.

В эриксоновском гипнозе при работе с болью также широко используются техники визуально-кинестетической диссоциации. Можно, например, диссоциировать боль, вынося ее за пределы тела пациента (техника диссоциации описана в начале главы на примере работы со страхами). Или придать боли конкретные очертания и поработать с этим образом в трансе. И с образом болезни в целом, наводя «порядок» в гипнотической реальности пациента (Р.Д. Тукаев, 2006). При работе с подобными техниками полезной оказывается обратная связь с пациентом, находящимся в трансе, который рассказывает своих ощущениях и образах. Иногда полезным оказывается введение в образы и переживания пациента «мудрого старца», «целителя», который удивительным образом посредством магических манипуляций снимает боль. Мне нравится также работать с образом кинотеатра, когда пациент смотрит фильм о себе и своей болезни, находясь в будке кинооператора; в этом случае полная визуально-кинестетическая диссоциация достигается с помощью образа «защитного стекла», отражающего любые эмоции, негативные чувства и боль. Пациент в этом случае получает навык восприятия себя и своей болезни, своей боли со стороны. Часто это сопровождается хорошей, длительно сохраняющейся постгипнотической гипестезией.

Хороший результат при работе с болью достигается при использовании феномена возрастной регрессии: пациент в трансе перемещается в состояние до болезни, в то время, когда он хорошо себя чувствовал. На это состояние устанавливается якорь, обычно кинестетический (например, прикосновение к правому запястью пациента); после выведения из транса якорь передается пациенту, и он может самостоятельно его использовать.

Другой хороший способ – перемещение боли в трансе. В обыденной жизни все мы неосознанно используем прием перемещения боли. Например, случайно ударив молотком по пальцу, мы прикусываем губу, иногда до крови, перемещая боль. Известно, что боль в теле или головная боль часто переносятся гораздо хуже, чем боль в руке или в ноге. Поэтому можно переместить всю боль, например, в указательный палец правой руки. Или «накопить» боль со всего тела в каком-нибудь одном месте. Это дает пациенту навык контроля боли и оставляет его чувствительным на случай любого ухудшения имеющегося болезненного состояния.

Очень удобный способ анестезии описан в монографии Б.Э. Эриксона (2004). Он называется «подмена». При этом ощущение боли меняется на другое ощущение, менее болезненное. Например, пациент с болью



в ногах представляет, что по его ногам стекает теплое масло. Вместе с маслом с его ног стекает боль. И чем интенсивнее боль, тем горячее масло. И тем быстрее бегут капли масла, образуя лужицу на полу. Впоследствии пациент может погружаться в транс и использовать эту ассоциацию самостоятельно.

Одной из техник работы с болью в эриксоновском гипнозе является искажение у пациента субъективного восприятия времени (Erickson В.Е., 2004). При этом все время делится на периоды боли и периоды без боли. Смысл искажения восприятия времени заключается в том, что мы меняем ожидание пациентом периода боли (предчувствие боли и воспоминания о боли) на ожидание периода без боли. Известно, что ждать боль гораздо тяжелее, чем знать, что она закончится в следующий момент. С целью изменения восприятия времени можно использовать образные или метафорические ассоциации. Например, образ набегающих на берег волн. «Волны могут быть очень большими... И интенсивными... И тогда они очень быстро накатывают на берег... И отступают... Волны могут быть малыми... И более медленно отступают... Волны могут исчезать... Наступает покой и расслабление...» В этой технике пациент каждое последующее болевое ощущение будет воспринимать, как новое, он обучается «сжимать» периоды боли и продлевать периоды без боли, что впоследствии сможет использовать самостоятельно.

Иногда в гипнотической анальгезии используются и прямые директивные внушения. Такие приемы нередко эксплуатируются в приемных травматологических отделениях, когда врач громким уверенным голосом «приказывает» больному: «Прекратите чувствовать боль, чтобы я мог Вас осмотреть!» Подобная техника применяется и при внушении уменьшающейся боли: «Ваша боль уменьшается наполовину... Становится менее интенсивной... Более размытой... И тупой... Она продолжает уменьшаться... Становится малозаметной... И начинает исчезать прямо сейчас или чуть позже... Сразу или постепенно... Угасая... Проходит...» Можно использовать менее директивные, более косвенные внушения. Например: «Интересно, как должна измениться Ваша боль, чтобы Вы почувствовали это изменение? Она должна уменьшиться на 10%? Или на четверть? Или, быть может, наполовину? Заметите ли Вы это уменьшение сразу или постепенно? И как быстро Вы поймете, что Ваша боль уменьшается?» Подобный подход побуждает пациента экспериментировать со своей болью и научиться ее контролировать.

Резюмируя вышесказанное, в современной гипнотерапии существует большой арсенал технических приемов обезболивания и контроля хронической боли, который может служить хорошим дополнением к фармакотерапии, существенно облегчая жизнь пациентов с хроническими болями разной этиологии.

## ***Hypnotic analgesia***

**VLADA V. TITOVA**

Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy at the State Pediatric Medical University of St. Petersburg, European Register of Psychotherapists Member

*This article describes in detail the practical techniques of hypnotherapy used to work with patients with acute or chronic pain of various origins.*

*Keywords: pain, fear, hypnosis, analgesia, techniques, psychotherapy.*



## **Эмоционально-образная терапия как новая отечественная модальность психодинамического направления психотерапии**

**ЛИНДЕ Н.Д.**

председатель секции, кандидат психологических наук, автор эмоционально-образной терапии,  
профессор Московского Института Психоанализа

Эмоционально-образная (или аналитически-действенная) терапия была создана в России в начале 90-х годов прошлого столетия. Первая официальная методическая публикация вышла в 1994 году под названием «Медитативная психотерапия», но она уже содержала в себе основные идеи сегодняшней эмоционально-образной терапии. Уже в те годы практика ЭОТ вызывала удивление и оценивалась клиентами как «волшебство», потому что результат терапии сказывался сразу в результате мысленного воздействия на представляемые клиентом образы.

Мишенью воздействия являются хронические негативные эмоциональные состояния, а средством анализа и воздействия являются образы этих состояний.

Мы относим данный метод к психодинамическому направлению психотерапии.

Модальность ЭОТ имеет ряд своих особенностей и преимуществ. ЭОТ основано на том убеждении, что осознания недостаточно для исцеления, необходимо правильное внутриличностное действие, разрешающее исходный психодинамический конфликт прямо в бессознательном мире клиента. ЭОТ позволяет быстро и эффективно избавлять клиентов от различных психосоматических проблем, в том числе: от астмы, аллергии, боли различной локализации и этиологии, хронической заложенности носа, нарушений работы щитовидной железы, миомы матки, нейродермита и т.д. ЭОТ показала свою эффективность при избавлении клиентов от фобий, тревоги, эмоциональных зависимостей, горя и потери, психотравмы, гнева, проблем отношений, неуверенности, конфликтов и т.д.

За 20 лет своего развития ЭОТ во много раз расширила сферу своего применения, отточила свои теоретические принципы, выработала множество эффективных приемов, как для анализа, так и для решения проблем, множество специальных имажинативных упражнений, создала оптимистичную и вдохновляющую философию жизни. В нашей секции состоит более 80 человек, в нее входят 7 кандидатов психологических наук.

Не менее 300 специалистов применяют ЭОТ в своей психотерапевтической и консультативной практике, известность метода в России и за рубежом постоянно

расширяется. В настоящее время нами опубликовано 5 книг, в которых представлено ЭОТ, и около 40 статей по этому методу.

Для того, чтобы метод передавался быстрее и точнее, были проведены мастер-классы, обучающие преподаванию метода. Преподавателями ЭОТ стали уже 15 человек, они получили сертификаты, дающие им право преподавать ЭОТ, которые подписаны Линде Н.Д. и заверены Профессиональной Психотерапевтической Лигой. В связи с этим ППЛ наградила нашу секцию почетным дипломом за создание научно-практической школы! Мы гордимся этим и проводим обучение психологов нашему методу в мастер-классе Школы, в процессе обучения принимают участие разные преподаватели ЭОТ.

Если перечислять основные новации, внесенные ЭОТ в технику терапии, то, прежде всего, сюда следует отнести разработанную нами 10-шаговую схему терапевтического процесса. Пять первых шагов предназначены для того, чтобы проанализировать проблему клиента и найти истинную причину его страданий. В соответствии с классическими представлениями психоанализа, мы считаем, что всегда существует причина той или иной психологической проблемы, и она может быть найдена в процессе анализа образов, выражающих эмоциональные состояния клиента. Пять последующих шагов предназначены: для экологически правильного воздействия на исходное эмоциональное состояние, чтобы изменить его на позитивное или нейтральное; для проверки успешности трансформации и закрепления результата в реальной жизни клиента. Принципиальными новациями являются процедуры отождествления с образом для анализа проблемы и для закрепления результата, а также экспериментальные воздействия, повторы воздействия до абсолютного изменения состояния, контроль результата на воображаемой критической ситуации.

Также нами разработано около 30 разнообразных техник воздействия на негативное эмоциональное состояние через образ этого состояния. Наиболее важными считаю: технику возвращения эмоциональных инвестиций, принятие отвергнутой части личности, парадоксальное разрешение, возвращение причиненного зла, технику раскаяния, технику созерцания дождя и некоторые другие.



Однако внесенные новации в технику терапии потребовали и развития терапевтической теории. Нами предложено 5 основных схем внутреннего психодинамического конфликта, который порождает хроническое негативное эмоциональное состояние.

Нами также предложена схема того, как негативное эмоциональное состояние влияет на понимание, мысли и действия личности.

Также предложены новые частные концепции. Нами развито новое понимание взаимодействия психики и мозга, сознания и бессознательного, женственности и мужественности, инвестиционная теория любви и некоторые другие. Нами собраны в единую систему множество моделей происхождения психологических проблем, позволяющих эффективно диагностировать и корректировать многие стандартные психологические состояния. Это 7 моделей психологического объяснения возникновения фобий и тревожных состояний, 10 моделей возникновения хронического гнева, 8 моделей, объясняющих происхождение депрессивных состояний, а также ряд других психологических моделей.

Также нами разработан достаточно объемный словарь образов, позволяющий достаточно точно интерпретировать образы, появляющиеся у клиентов в процессе сновидений или фантазий. Все интерпретации образов проверены на достаточно большом объеме терапевтических случаев. В случае сомнений можно воспользоваться методами анализа субъективного значения образа, используемыми в аналитической части ЭОТ.

Нами созданы несколько десятков эффективных имажинативных (медитативных) упражнений. Они направлены сразу на две основных задачи: на получение нового опыта и новых ресурсов, на осознание своих чувств, проблем и ограничений. Эти упражнения многому учат, особенно при их выполнении в группе. Обмен опытом

между участниками группы способствует серьезному расширению понимания психологических проблем, и того, как они могут отражаться в спонтанных образах.

Наиболее новыми и ценными из этих упражнений нам представляются: «Женственность-мужественность», «Круг счастья», «Инь-Янь», «Круг послушания», «Звучание тела», «Цветы в теле», «Успешный Я – Неуспешный Я», «Возвращение утраченных чувств», «Путешествие в замерзшую страну», «Круг просветления», «Разговор с Богом» и другие. Важны не только инструкции к упражнениям, но и глубокие интерпретации тех впечатлений, которые получают участники, их выполняющие. Выявленные в ходе этих медитаций проблемы могут стать предметом глубокой проработки на «горячем стуле». В результате достигается личностный рост участников группы и общее улучшение их психоэмоционального статуса.

Эти упражнения также связаны с проработкой жизненной философии участников. ЭОТ претендует на создание и продвижение позитивной и жизнеутверждающей философии. В ходе обучения мы приобщаем учеников к пониманию этой философии, создавшей, с другой стороны, основы для многих оригинальных приемов, применяемых для решения проблем, казавшихся клиентам тупиковыми.

Эта философия отвечает на вопросы о том: как прощать и прощаться; что такое счастье, и можно ли его достичь; что такое любовь, и в чем смысл жизни; чем отличается сознание от бессознательного, и как этим пользоваться; чем ответственность отличается от чувства долга; зачем нам нужны чувства, и надо ли их подавлять; какова взаимосвязь индивидуального и общественного; что такое вина и раскаяние; что такое духовное развитие и просветление и на многие другие.

Приглашаем всех к сотрудничеству!

## **Опыт двадцатилетней практической работы с больными с алкогольной и наркотической зависимостью. Комплексная программа, высокие результаты, один патент, два новых метода**

**ГРЕБНЕВ С.А.**

практикующий специалист, ведущий психотерапевт по версии ППЛ в 2010 г., признанный психотерапевт Европейской Ассоциации Психотерапевтов, мастер-практик и тренер НЛП, автор метода «Суггестия в состоянии концентрации внимания», Екатеринбург, РФ

*В статье обсуждается двадцатилетний опыт работы с больными с алкогольной и наркотической зависимостью. В ходе работы автором были созданы два метода для изменения мышления зависимых людей, отличающихся высокой результативностью: «Кристаллизация мышления» и «Суггестия в состоянии концентрации внимания». Методы дополняют друг друга и позволяют менять незаметно для клиента его систему убеждений, удерживающих в проблеме. Сходство с естественным процессом замены одних убеждений на другие делает результат стабильным и устойчивым во времени, создает платформу для дальнейших поведенческих изменений. Методы подтверждены патентом и двумя авторскими свидетельствами.*

*Ключевые слова: алкогольная, наркотическая зависимости, реабилитация, психотерапия, метод «Кристаллизации мышления», «Суггестия в состоянии концентрации внимания по Гребневу».*

Комплексная психотерапевтическая программа работы с больными с алкогольной зависимостью была подготовлена и запущена в практику в самом начале 90-х прошлого века, а с больными с наркотической зависимостью в 1993-1994 гг.

За эти годы были созданы две комплексные программы реабилитации (работы) пациентов с данной проблемой и два новых метода. Комплексная программа реабилитации включала психотерапию, рефлексотерапию, и, в ряде случаев, психофармакотерапию и фитотерапию. Основными методами являются новый психотерапевтический метод «Суггестия в состоянии концентрации внимания» и консультационный метод «Кристаллизация мышления». Методы обеспечивают процесс изменения ложных убеждений, удерживающих клиента в проблеме, формирования новых.

Высокая результативность подхода подтверждалась долгосрочными ремиссиями как у пациентов с алкоголизмом, так и с наркотической зависимостью.

После прохождения полного трех месячного курса реабилитации пациентов с наркотической зависимостью отказ от наркотиков год и более составляет 60-65%. В настоящее время некоторые из этих бывших пациентов отказываются от наркотиков более 13-16 лет.

Работа с алкогольной зависимостью начиналась на 3-4 день отказа от алкоголя, а с наркотической зависимостью на 7—10 день.

### **Работа с алкогольной зависимостью**

Психотерапевтическая работа с пациентами с алкогольной зависимостью формировалась на основании принципов и методов позитивной психотерапии, транзактного анализа, гипнотерапии, эриксоновской терапии, НЛП. Кроме того, был учтен опыт аверсивных методов (кодирование по Довженко, эмоционально-стрессовая терапия, терапии и др., включая собственные варианты), изучались особенности мышления зависимого человека. В работе с клиентами наиболее эффективными оказались гипнотерапия (традиционная и эриксоновская), частично переработанные (авторские) техники НЛП, и, что является самым важным, определенная последовательность работы, обеспечившая высокую эффективность.

За первые 2-3 года работы сформировалось восемь основных тем для обсуждения, помогающих изучать и изменять убеждения, удерживающие человека в проблеме. Временные затраты на психотерапевтическую работу составляли около 10-12 часов группового, но чаще всего индивидуального консультирования.

В 1998 г. была выпущена первая авторская книга «Психология и психотерапия алкогольной зависимости» с подробным описанием технологического процесса. Для ряда профессионалов эта книга стала настоящим пособием.



В последующие годы произошла незначительная трансформация метода. Изменения коснулись замены некоторых техник НЛП на новый, более эффективный метод консультирования «Кристаллизация мышления» (коммерческое название) и сопутствующий ему метод «Суггестия в состоянии концентрации внимания по С.А. Гребневу» (о них речь пойдет ниже).

За прошедшие двадцать лет технология работы с алкогольной зависимостью не только зарекомендовала себя высоко результативной, но и практически вытеснила из моей частной практики аверсивные подходы.

### Работа с наркотической зависимостью

Работа с наркотической зависимостью началась в 1993-1994 гг. Перенос опыта работы с пациентами с алкогольной зависимостью на пациентов с наркотической зависимостью вызвал разочарование. Оказалось, что многие методы психотерапии, успешно зарекомендовавшие себя в работе с неврозами, психосоматическими расстройствами, алкоголизмом и рядом нехимических зависимостей практически бесполезны, а иногда и вредны при наркотической зависимости.

Несмотря на то, что используемые методы оставляли позитивное впечатление у клиентов, отдельные техники и приемы зачастую провоцировали на употребление наркотиков, либо были абсолютно бесполезны в работе. В их число вошли некоторые техники нейролингвистического программирования, некоторые варианты гипнотерапии, приемы из когнитивной терапии, аверсивные методы и другие. Абсолютно бесполезным оказался эффект 25-го кадра. В результате чего от многих из них пришлось отказаться.

От технологии «12-ти шагов» решено было отказаться изначально, так как она не являлась медицинской моделью. Закрытые и полузакрытые реабилитационные центры не создавались, так как у этих людей есть особенность мышления – нет наркотического вещества или его невозможно достать, например, за рубежом, в тюрьме, тайге – практически сразу исчезает влечение к нему. Появляется возможность, появляются причины, по которым это происходит, независимо от срока отказа. Поэтому важно научить клиента отказываться от наркотика в условиях, где они есть, и, вероятно, еще долго будут.

К 2000 году активной работы с наркотической зависимостью (преимущественно пациенты с опийной наркоманией – ханка, опий сырец, героин, реже морфий) сформировалась программа последовательного изменения мышления зависимого человека. Она включила в себя 15-ть основных тем, которые обсуждались с клиентом, и 2 новых метода, которые обеспечивают процесс структурирования мышления.

На протяжении 8-ми лет метод проверялся и шлифовался. В итоге, в 2009 г. метод был запатентован. В

настоящее время он используется практически при всех видах химических и некоторых не химических зависимостях.

### Метод включает в себя основную часть и дополнительную

Основная часть – это процесс структурирования мышления с использованием двух авторских методов и разработанных тем, вскрывающих и изменяющих систему убеждений клиента. Дополнительно используются отдельные техники некоторых методов психотерапии: гипнотерапия, эриксоновская терапия, нейролингвистическое программирование, когнитивная и позитивная психотерапия. А также рефлексотерапия и медикаментозная терапия – антагонисты опиатов.

В поисках наиболее стабильных результатов постепенно сформировались два новых метода, которые оказались самыми эффективными в работе с наркотической зависимостью. Первый метод получил название «Кристаллизация мышления» (КМ), а второй – «Суггестия в состоянии концентрации внимания по С.А. Гребневу». Методы получили авторские свидетельства. Кроме этого, была разработана последовательная программа, позволяющая изучать скрытые убеждения клиентов, удерживающих в проблеме и изменять их. В патенте обозначено 15 тем. В реальности их гораздо больше. Количество тем зависит от сформированных убеждений клиента.

Методы КМ и «Суггестия в состоянии концентрации внимания» можно рассматривать как единый метод. Если их сопоставить с методами психотерапии, то ближе всего они двум диаметрально противоположным методам: когнитивной терапии и гипнотерапии.

Особенностью метода является последовательность задаваемых вопросов, которая наикратчайшим путем позволяет изменить убеждения клиента, удерживающие его в проблеме. Этот процесс часто сопровождается периодическим озарением, появлением нового взгляда, нового убеждения, а суггестия позволяет закрепить достигнутые изменения.

Ответ на вопрос или новое убеждение, найденное клиентом, становится более стабильным, чем ответ, взгляд или утверждения, предложенные ему специалистом. Последовательная проработка разработанных тем позволяет шаг за шагом находить ложные убеждения, изменять их, делать изменения устойчивыми.

По сути, проводится процесс структурирования мышления, процесс изменения мышления зависимого человека. В процессе изменения мышления зависимого человека, в первую очередь уделяется внимание тем убеждениям (явным или скрытым), которые привели человека к проблеме, сформировались в процессе приема наркотиков и удерживают его в зависимости. Следует отметить, что не все убеждения, которые необходимо



изменить, напрямую связаны с употреблением наркотиков. Некоторые из них являются сопутствующими, но приводящими к проблеме.

В процессе работы изменения убеждений происходят незаметно для клиента. Об этом можно судить по высказываниям клиентов: «Я думал, что мне начнут говорить о том, как плохо принимать наркотики, а Вы просто говорили на одну тему, затем незаметно затронули другую. Если бы не было первого разговора, то не было и последующего. И я как-то все понял сам». Или ... «Мы просто разговаривали с Сергеем Андреевичем, и он не то, что бы убеждал меня, нет, мы просто обсуждали эту проблему, и я все понял!».

Смена убеждений неизменно влекла изменение поведения и окружения. По мере того, как изменялись поведенческие реакции, с 8-9-ой встречи приступали к процессу восстановления доверия у родных и близких клиенту людей, что не возможно без восстановления утраченных навыков и развития новых.

Поскольку невозможно уйти от зависимости, не придя к чему-либо, то неизбежным является постановка новых целей, пути их достижения и необходимые для этого навыки.

Вырабатываются конкретные (измеримые) критерии, понятные и доступные для клиента по которым он ориентируется и убеждается в своих изменениях.

Восстанавливаются прежние ценности, либо формируются новые.

Работа носит последовательный характер с конкретными критериями изменения личности, которые говорят нам о необратимости процесса.

Работа проводится в амбулаторных условиях. Человек учится отказываться от наркотиков в условиях, где они есть, и, вероятно, еще долго будут, а не в искусственных, изолированных условиях. У зависимых людей есть одна особенность – нет наркотического вещества или его невозможно достать, например, за рубежом, в тюрьме, тайге – практически сразу исчезает влечение к нему. Появляется возможность, появляются причины, по которым это происходит, независимо от срока отказа. Поэтому важно научиться отказываться от наркотика в условиях его присутствия. Уменьшая количество желающих его принимать, мы уменьшаем распространение этой эпидемии.

При достаточном навыке врача работа осуществляется за 30-36 часов работы. В среднем, на это уходит около 3-х месяцев. При этом клиент может работать, приносить доход в семью, быть ей полезной. Критериями успешности являются изменившиеся суждения клиентов, изменения поведения его, восстановление доверия к нему со стороны родных и близких людей, восстановление утраченных и формирование новых навыков, изменение стиля жизни.

Данная программа подходит для людей мотивированных на отказ от наркотиков, с различной продолжи-

тельностью приема наркотиков, без явных признаков деградации личности и отказавшихся от наркотиков не менее 7-10 дней самостоятельно или после устранения абстинентного синдрома в стационарных условиях.

### **Эффективность работы с алкогольной зависимостью**

В среднем продолжительность отказа от алкоголя составляла 3–6 лет, при этом качество жизни, по словам клиентов, было значительно выше, чем после краткосрочных методов.

Часто длительный отказ от алкоголя (3–6 лет) был даже в тех случаях, когда человек уже многократно и безуспешно проходил различные аверсивные методы терапии и его отказ от алкоголя составлял от одной недели до трех – шести месяцев.

Известны многочисленные случаи, когда бывшие пациенты отказывались от алкоголя более 10–15 лет. Об этом говорили некоторые новые клиенты: «Много лет назад вы лечили моего родственника (знакомого), прошло уже более 10-15 лет, а он не пьет. Можно и мне так?».

### **Эффективность работы с наркотической зависимостью**

Для понимания эффективности проводимой работы в период с 1999г. по 2001 г. нами проводилась акция – для пациентов, прошедших реабилитацию в нашем центре три месяца и больше, и отказавшихся от наркотиков год и более, два раза в году разыгрывалась туристическая путевка. Условия акции не позволяли скрыть даже «случайный» прием наркотиков. В результате сложилась картина. Из тех пациентов, которые прошли реабилитацию к 2001 году на протяжении трех месяцев, отказывались от наркотиков год и более, около 60-65%.

За весь период работы прошло реабилитацию более 500 человек. Из них около 60% обычно проходят только месячную реабилитацию (10-12 сеансов).

За этот промежуток времени обычно исчезают остаточные явления постабстинентного синдрома, резко снижается, а чаще всего исчезает желание в приеме наркотика, появляется уверенность в собственных силах, налаживаются отношения в семье.

Родители чаще всего говорят: «Я узнаю своего ребенка. Он стал нормально с нами общаться, делиться своими проблемами». Наши наблюдения говорят о том, что большая часть этой категории людей отказывается от наркотиков в пределах 6-8 мес. и только около 20% отказывается год и больше.

Полный трехмесячный курс реабилитации проходит около 40% клиентов. Из них 60% - 65% отказываются от наркотиков год и более. На сегодняшний день у некоторых клиентов он составляет 13-16 лет. При этом ме-



няется стиль жизни, восстанавливаются семьи, некоторые получают высшее образование, другие становятся успешными предпринимателями, в целом человек становится полезным обществу.

### Перспективы развития

Любые методы психотерапии и консультирования имеют свои ограничения. В настоящее время, совместно с кафедрой психиатрии Уральского государственного медицинского университета, исследуются возможности использования аппарата «Симпатокор», опосредующего влияние вращающихся электромагнитных полей на вегетативные шейные ганглии. В результате наблюдается сложный комплексный эффект в форме нормализации настроения, вегетативной стабилизации, восстановления сна. Метод зарекомендовал свою эффективность во многих областях медицины. Была отмечена и высокая результативность при устранении явлений абстинентного синдрома у больных с алкогольной зависимостью.

В дальнейшем предстоит оценить эффективность психотерапевтической помощи в комплексе с симпатокоррекцией у более сложных больных с наркотической зависимостью.

### Библиография по психотерапии:

1. Ахмедов Т. Практическая психотерапия: внушение, гипноз, медитация. М., Харьков., 2005.
2. Бехтерев В. М. Гипноз, внушение, психотерапия и их лечебное значение. СПб., 1911.
3. Бехтерев В. М. Гипноз, внушение, телепатия. М., 1994.
4. Беккио Ж., Росси Э., М., 2003.
5. Бернс Д. Хорошее самочувствие (новая терапия настроения) М. 1995.
6. Буль П. И. Гипноз и внушение. Л. 1975.
7. Васильев Л. А. Таинственные явления человеческой психики. М., 1964.
8. Вельвовский И. З. Лингарт Н. К. и др. Психотерапия в клинической практике. Киев., 1984.
9. Гребнев С.А. Психология и психотерапия алкогольной зависимости. Екб. 1998.
10. Гребнев С. А. Наркотическая зависимость. Психотерапия или ... структурирование мышления? Екб., 2013
11. Евтушенко В. Г. Методы современной гипнотерапии М., 2010.
12. Карвасарский Б. Д. Психотерапия М. 1985.
13. Платонов К. И. Слово, как физиологический и лечебный фактор. Вопросы теории и практики психотерапии на основе учения И. П. Павлова М., 1962.
14. Рожнов В. Е., Рожнова М. А. Гипноз от древности до наших дней. М., 1987.

15. Свядоц А. М. Неврозы (руководство для врачей). СПб., 1997.
16. Узнадзе Д. Н. Психологические исследования. М., 1966.
17. Шерток Л. Гипноз М., 1992.
18. Форель А. Гипнотизм, или внушение, психотерапия. Их психологическое, психофизиологическое и медицинское значение со включением психоанализа. Л., 1928.
19. Эриксон М., Гипноз. В 3-х томах. Харьков., 1994.
20. Эриксоновский гипноз (искусство изменений). Моделирование бессознательного. М., 1995.
21. Актуальные проблемы возрастной наркологии. \ \ Материалы Всесоюзной междисциплинарной научно-практической конференции под редакцией Е.Н. Кривулина, Н.А. Бохана. Чел. 2012 г.

### Библиография по наркологии:

1. Анохина И.П. Нейробиологические аспекты алкоголизма \ \ Вест. Академия медицинских наук ССР. – 1988. №3, - с.21-28.
2. Анохина И.П. О единстве патогенетических механизмов алкоголизма и наркомании // Мат-лы VII всесоюзного съезда невропатологов, психотерапевтов и наркологов – М., 1988. – Т.1.1. – с. 307-310.
3. Анохина И.П. Биологические механизмы предрасположенности и нарушений функций мозга у потомства крыс с хронической алкогольной интоксикацией // Вопр. наркол. – 1994. - №4. – с.43-50.
4. Бехтель Э.Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. – М.: Медицина, 1986.-С.5-47.
5. Гурвич И.Н. Психологические теории алкоголизма, нарко- и токсикомании //Интернет.- 2000
6. Лисицин Ю.П., Сидоров П.И. Алкоголизм: (мед.-социал. аспекты): Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1990. – 526с.
7. Личность пациента и болезнь / В.Т. Волков, А.К. Стрелис, Е.В. Караваева, Ф.Ф. Тетенев. -Томск, 1995. - 328с.
8. Юрьева Л.Н. Кризисные состояния.- Днепропетровск.: Арт-Пресс, 1998.- 164с.
9. Юрьева Л.Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. Киев. Сфера 2002. – 224с.
10. Яновский С.С., Двирский А.А., Волченко А.П. Применение алкоголя как стрессопротектора: психосоматический и социальный аспекты // Таврический журн. психиатрии.- 2000.- Т.4, №1 (12).- С.14-15.
11. Наркомания в России: состояние, тенденции, пути преодоления: Пособие для педагогов и родителей / Под общ. ред. д-ра социологич. наук, проф. А. Н. Гаранского. – М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2009. – 352 с.
12. Наркомания: методические рекомендации по преодолению наркозависимости / Под ред. А. Н. Гаранского. – М.: Лаборатория Базовых Знаний, 2009. – 384 с.



13. Павленок, П. Д. Наркомания и токсикология как формы девиантного поведения: теория и практика работы по предотвращению и избавлению от наркотической зависимости : [наркомания – понятие, классификация, типы наркотиков, причины и последствия распространения] // Социальная работа с лицами и группами девиантного поведения : учеб. пособие / П. Д. Павленок, М. Я. Руднева. – М., 2010. – С. 59-69
14. Торшин, А. Проблема наркомании становится реальной угрозой / А. Торшин // Вопросы социального обеспечения. – 2011. – № 23 (15 дек.). – С. 9-10.
15. Зуев, А. М. Наркомания и жизнь несовместимы / А. М. Зуев // Основы безопасности жизни. – 2010. – № 9. – С. 43-49
16. Лечение зависимостей: полный справочник. М.П. Быков и др. – М.: Эксмо, 2008. – 635с.
17. Пятницкая И. Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей. – М.: Издательство «Медицина», 2008. – 640 с.
18. Наркология: национальное руководство / Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 720 с..

## ***Twenty years experience of practical work with patients with alcohol and drug addiction. Integrated program, good results, one patent, two new methods***

**S.A. GREBNEV**

private practitioner, the leading psychotherapist under the version PPL in 2010; recognized by the European Association for Psychotherapy therapist, Master of practices NLP and the coach; author of the method of «Suggestion able to concentration of attention», Yekaterinburg.

*This article refers to the twenty years of experience working with alcohol and drug dependencies. During the work the author has created two methods to change the thinking of dependent people, distinguished by high productivity, «Crystallization of thinking» and «Suggestion able to concentration of attention of Grebnev». Methods complement each other and allow you to change unbeknownst to his client's belief system, retaining the problem. Similarity to the natural process of replacing some beliefs on others makes the result stable and sustainable over time, creates a platform for future behavioral changes. Methods confirmed the patent and copyright certificates of the two*

*Keywords: alcohol, drug abuse, rehabilitation, psychotherapy, the method of «Crystallization of thinking», «Suggestion able to concentration of attention of Grebnev».*



## Использование арт-терапевтических методов в коррекции эмоционально-волевой сферы детей-сирот

КУЗНЕЦОВА Е.В.

Аспирант 2 курса Брянского государственного университета им. академика И.Г. Петровского

*В статье представлен обзор методов арттерапии, возможность их применения и эффективность при коррекции эмоционально-волевых нарушений у детей-сирот. Дана характеристика психологических особенностей подросткового возраста. Цель: оценить эффективность использования методов арттерапии в работе с детьми-сиротами младшего подросткового возраста. В статье показаны результаты диагностики эмоционально-волевой сферы детей-сирот в возрасте от 11 до 13 лет. Представлена психокоррекционная программа воздействия на эмоционально-волевую сферу, основанная на арттерапевтических методах: игротерапии, сказкотерапии, психодрамы, изотерапии, музыкотерапии.*

*Ключевые слова:* арттерапия, психодрама, дети-сироты, эмоционально-волевая сфера.

Проблема психологического здоровья детей-сирот является одной из наиболее острых проблем в отечественной психологии и педагогике.

Дети, оставшиеся без попечения родителей, являются самой незащищенной социальной категорией.

Они испытывают влияние различных видов психических деприваций, которые приводят к нарушениям физической, социальной и психологической защищенности, что является причиной возникновения индивидуально-личностных нарушений, искажения личностного опыта, социальных отношений и социального опыта ребенка.

Чем раньше наступает сиротство, тем тяжелее круг расстройств и более широк спектр отклонений: задержка и нарушение интеллектуального развития, эмоциональные расстройства, волевые и коммуникативные нарушения, нарушения мотивационно-потребностной сферы, личностной идентичности [1].

Особенно ярко нарушения в эмоциональной сфере начинают проявляться в подростковом возрасте, характерными особенностями которого являются повышенная эмоциональность, возбудимость, изменчивость настроения, возникновении тревожности, агрессивности, склонности к депрессиям.

Отягощенные неправильным воспитанием, психологическими травмами, физиологическими качествами эти факторы в дальнейшем могут стать эмоциональными нарушениями [2].

Недостаточная психолого-педагогическая работа по развитию и коррекции эмоциональной сферы у детей в учреждениях интернатного типа способствует появ-

лению негативных личностных изменений, формирует устойчивую заниженную самооценку, и в дальнейшем приводит к появлению неконструктивных форм поведения, девиантному поведению.

В настоящее время актуален поиск и внедрение новых, инновационных форм и методов психолого-педагогической деятельности, направленной на минимизацию депривации, успешную социализацию детей сирот.

В последние годы в нашей стране и за рубежом растет интерес к применению методов арттерапии в психологии, образовании, в социальной сфере.

Являясь новым методом психотерапии, который используется с 30-х годов 20 века, арттерапия все больше включается в коррекционно-развивающий процесс в учреждениях интернатного типа. Как метод невербальной экспрессии, выражения чувств и эмоций арттерапия успешно применяется для коррекции эмоциональных нарушений и дает положительные результаты. Проблемы арттерапии в нашей стране и за рубежом занимались психологи: К. Юнг, В. М. Бехтерев, В. Вундт, Б. Ф. Ломов, Т. Ю. Калошина, С. В. Шушарджан, В. И. Петрушин, А. И. Копытин, О. А. Карабанова, Н. В. Серов, Г. Э. Бреслав, и др. [3].

Арттерапия представляет собой метод терапевтического воздействия искусством. Образы художественного творчества отражают внутреннее «Я» ребенка: его страхи, внутренние конфликты, психотравмирующие переживания. Являясь невербальным средством, арттерапия помогает детям-сиротам, как правило, испытывающим трудности в вербальном и невербальном общении, выражать свои мысли, чувства, переживания.



Одним из направлений арттерапии, успешно используемым в работе с подростками-сиротами, является психодрама, сочетающая в себе элементы движения, музыки, художественного искусства, литературы, образной ролевой игры.

Активно воздействуя на личность ребенка, соединяя действительность и внутренний мир ребенка психодрама позволяет переводить бессознательные элементы личности в область сознательных [4]. Психоаналитический подход, на котором базируется психодрама, способствует развитию или исправлению психических структур и функций, позволяет проработать и осознать внутренние конфликты детей-сирот, что влечет за собой способность контроля и изменения их поведения [5].

Проигрывая различные жизненные ситуации, осваивая новые роли, подросток получает возможность, получив эмоциональную разрядку, по-новому прочувствовать свою проблему, испытать позитивный опыт отношений, воплотить свое идеальное Я.

В целях диагностики нарушений эмоционально-волевой сферы было проведено диагностическое исследование, в котором приняли участие младшие подростки от 11 до 13 лет ГБУСО «Социальный реабилитационный центра для несовершеннолетних г. Брянска» в количестве 26 человек.

Для диагностики были использованы следующие методики: модифицированный вариант методики Кеттелла-Ясюковой для подростков, опросник для диагностики способности к эмпатии А. Мехрабиана, Н. Эпштейна, шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера –Ханина [6].

По результатам диагностики по методике Кеттелла-Ясюковой у 60% обследованных подростков выявлен низкий уровень волевого самоконтроля, у 70 % существует потребность в психологической защите, искажение самооценки, нарушение коммуникативных навыков.

По опроснику А. Мехрабиана, Н. Эпштейна у 80 % диагностируемых подростков показан низкий уровень эмпатии.

По шкале Спилбергера выявлен умеренный уровень реактивной тревожности, у 60% подростков высокий уровень личностной тревожности.

Т.о. проведенная диагностика показала, что подростки, лишённые родительского попечения, имеют низкую волевую саморегуляцию, искажённую самооценку, нарушение коммуникативных навыков, эмоциональную ригидность, повышенную тревожность.

Для коррекции выявленных эмоционально-волевых нарушений была разработана и проведена коррекционно-развивающая программа «Золото гномов», по мотивам повести К.-С. Льюиса «Хоббит», в которой были использованы следующие методы арттерапии: игротерапия, сказкотерапия, психодрама, изотерапия, музыкотерапия.

В основе программы лежит уникальная ролевая игра, включающая в себя как игру по заранее установленным правилам, так и элементы спонтанности, рефлексии, фантазии.

Игровые правила не напрягают ребенка, но в тоже время способствуют формированию самоконтроля и эмоционально-волевой саморегуляции поведения. Осваивая игровые правила, ребенок получает некий психологический алгоритм к освоению жизненных правил.

Необычные игровые ситуации, проигрываемые детьми, вызывают необходимость реагировать на них не по привычному шаблону, помогают пережить свой страх в игре, канализировать и проиграть его; позволяют усвоить новые формы общения, отработать различные социальные роли.

Игровое пространство требует от детей самостоятельности в проигрывании ситуации, спонтанности в творчестве. Игровые роли позитивных игровых персонажей позволяют оставить часть своих страхов со своим реальным «Я», стать увереннее, смелее, добрее, позволяют за маской роли более открыто проявлять свои чувства и эмоции.

Использование элементов арттерапии позволяет детям-участникам программы не вербально через рисунок выразить свои чувства, страхи и фантазии. А сопровождающая занятия музыка помогает детям сосредоточиться, успокоиться, снять накопленное мышечное и эмоциональное напряжение.

Параллельно программе с детьми проводились творческие занятия: рисования, лепки, рукоделия.

Объединение детей общим творческим делом, создание ситуации совместности эмоциональных переживаний, в которых происходит реализация потребностей ребенка в эмоциональных связях с другими людьми, актуализируют творческий потенциал ребенка, снимают или ослабляют психологические барьеры, способствуют групповому сплочению, устраняют излишнюю тревожность, уменьшают уровень агрессии.

По окончании программы в группе наблюдалось развитие положительной динамики групповых отношений, появление доверительных отношений со сверстниками и взрослыми, смягчение эгоцентрических тенденций в поведении детей - участников группы, более глубокое выражение своих эмоций, позитивное изменение характера детских рисунков.

В дальнейшем планируется провести повторную диагностику группы и продолжить коррекционно-развивающую работу с детьми. Для полной и успешной коррекции эмоционально-волевой сферы необходимо постоянное психолого-педагогическое сопровождение детей-сирот с применением различных арттерапевтических методик, позволяющих ребенку наиболее приемлемым для него способом – через игру выражать свои чувства и переживания.



**Список используемой литературы:**

1. Социально-психологическое здоровье детей-сирот / Н.В. Козлова, Д.Е. Зуева, С.А. Богомаз и др. // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – N 2 (25) [Эл. ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (02.09.2014).
2. Прихожан А.М. Психология сиротства. СПб.: Питер, 2005, 400 с.
3. Копытин А.И., Свистовская Е.Е. Арт-терапия детей и подростков. -М.: «Когито-Центр», 2014, 197 с
4. Карабанова О.А. Игра в коррекции психического развития ребенка. Учебное пособие. - М. Российское педагогическое агентство, 1997, 191 с.
5. Коннор О. Теория и практика игровой психотерапии. - М.СПб: ПИТЕР, 2002, 464 с.
6. <http://testoteka.narod.ru> (05.03.2014).

***Use of art therapeutic methods in correction of the emotional and strong-willed sphere of orphan children.***

**KUZNETSOVA EKATERINA V.**

Graduate student 2 courses of Bryansk state university of a name of the academician I.G. Petrovskii

*The review of methods of art therapy, possibility of their application and efficiency is presented in article at correction of emotional and strong-willed violations at orphan children. The characteristic of psychological features of teenage age is given. Purpose: to estimate efficiency of use of methods of art therapy in work with orphan children of younger teenage age. Results of diagnostics of the emotional and strong-willed sphere of children are shown in article - orphans aged from 11 till 13 years. The psychocorrectional program of impact on the emotional and strong-willed sphere, based on art therapeutic methods is submitted: igrototerapiya, skazkoterapiya, psychodramas, isotherapies, muzykoterapiya.*

*Keywords: art therapy, psychodrama, orphan children, emotional and strong-willed sphere.*



## Сексуальная культура и особенности репродуктивного поведения молодежи Восточно-Казахстанской области

ГЛУШКОВА Л.Н.

Доцент Восточно-Казахстанского регионального университета

Проблема сохранения репродуктивного потенциала, поиска современных моделей оказания психолого-педагогических и образовательных услуг для формирования ответственного родительства и осознанного контрацептивного выбора, как резерва в сохранении репродуктивного здоровья и социальной составляющей национальной безопасности остается актуальной. Без внимания к этой ситуации невозможно решать последствия безответственного отношения к репродуктивной функции. По данным официальной статистики, в Казахстане ежегодно регистрируется около 10 тысяч подростковых беременностей, большая часть которых заканчивается абортами или рождением нежеланных детей, которые впоследствии зачастую становятся отказными.

В Восточно-Казахстанской области коэффициент родов среди девочек – подростков 15-19 лет в 2011 г. составил 23 на 1000, распространенность искусственных абортов (по данным регистрации) – 9,5 на 1000 девушек в возрасте 15-19 лет. Стабильно высокими остаются показатели заболеваемости сифилисом – 10,14 на 100000 женщин в возрастной группе 15-19 лет. В этих условиях усилия по изменению репродуктивного и сексуального поведения молодежи приобретают особое значение и важность [1]. Контрацептивная культура населения все еще остается низкой, и основная причина высокого уровня производимых абортов состоит в том, что аборт до настоящего времени для многих женщин является наиболее доступным и предпочтительным средством регулирования рождаемости. На протяжении многих лет, исследуя проблему ценностных ориентаций и семьи, репродуктивного поведения, мы выделили общее представление об осо-

бенностях репродуктивного поведения, его уровнях и характеристиках. Все свои размышления мы представили в виде «Пирамиды репродуктивного поведения» (рис. 1), где выделили уровни и особенности такого поведения в самых существенных чертах. Проведенное нами исследование среди молодежи Восточно-Казахстанской области содержит данные, требующие нового осмысления проблемы о происходящих трансформациях в репродуктивном поведении. Целью наших исследований и поисков явилось создание и описание концептуальной модели репродуктивного поведения молодежи, которая в нашем представлении определена как «Пирамида репродуктивного поведения», где мы постарались соединить и проследить взаимосвязь двух факторов – это полоролевая культура и репродуктивное поведение. Утверждается, что чем ниже уровень культуры, тем большее количество партнеров возможно у молодых людей, что может быть представлено в виде пирамиды. Уровни пирамиды отображают уровни сексуальной культуры и количество возможных партнеров. Уровень культурного развития человека определяет его активность, направленность этой активности. Чем ниже уровень развития человека, тем менее развиты его нравственные и интеллектуальные силы, которые находятся скорее в зачаточном состоянии. Для среднего уровня развития нравственных и интеллектуальных ресурсов характерно появление высших эмоций, к которым может быть отнесено появление чувств, переживаний, в том числе влюбленности. Высшему уровню развития нравственных и интеллектуальных ресурсов человека характерно появление высших чувств и идей. Количество партнеров на данном уровне значительно со-



Рис. 1. Пирамида репродукции



кращается до определенного человека, к которому появляется высшее переживание, чувство любви. Обладатели высших эмоций не доступны воздействию низших объектов желаний. Данная пирамида может выступить и как диагностический инструмент, который позволит определить уровень и прогнозировать ценностное отношение к браку и семье. В добрачном воспитании молодого поколения, В. А. Сухомлинский считал необходимым воспитывать любовь и глубокое уважение к матери, разработке концепций и понятий идеального семьянина, бережном отношении к любви и к культуре поведения влюбленных, знакомству молодежи с основами воспитания, подготовке к осуществлению роли отца и матери, мужа и жены. В.В. Бойко показано, что воспитание любви является одним из показателей репродуктивного поведения и определяется в основном бессознательными установками, которые при противоречии с декларируемыми мнениями могут приводить к расхождению желаемого и фактического репродуктивного поведения. [2, с.66].

За последние десятилетия среди студенческой молодежи отмечается растущее положительное отношение к добрачным связям. Объясняется это тем, что в большинстве семей налицо ослабление сексуального контроля в отношении молодежи; нет социальных программ сексуального и семейного воспитания и обучения молодежи [3]. В отличие от мнения большинства молодых людей, состоящих в свободном браке, будто добрачное сожительство является лучшей формой узнавания человека в быту, приспособления друг к другу, научно доказано, что внесемейный опыт может затруднить переход от сконцентрированности на своих делах к учету потребностей и желаний других членов семьи, прежде всего детей. Сожительство не является той системой, которая успешно готовит будущих супругов к браку, так как отсутствие обязательств в несемейном домохозяйстве может привести к их отсутствию в браке [3].

Половые контакты превратились в некую игру, лишённую личностной вовлеченности, чувств. Снятие запретов, культ секса, по мнению ученых, влекут за собой утрату остроты переживания, серьезности отношений. То, что общедоступно, не может стать предметом страсти; наблюдается обесценивание близости, в неформальных браках супругов связывают только взаимные чувства и устный договор.

Проведенное нами исследование среди молодежи Восточно-Казахстанской области заставляет задуматься о происходящих изменениях в репродуктивном поведении. В опросе приняли участие 205 человек (100 юношей и 105 девушек) в возрасте от 20 до 27 лет. Результаты нашего исследования показали, что в 92% случаев среди молодых людей в возрасте от 20 - 27 лет наблюдается отсутствие дифференциации отношения к браку и внебрачным отношениям. Так, молодые люди выделили, что позитивно относятся как к браку, так и внебрачным отношениям, причем в 97,1% случаев имеется опыт внебрачных связей.

Выделена группа, имеющая устойчивое негативную оценку к внебрачным отношениям и отсутствие опыта внебрачных связей. Среди девушек казашек негативно относятся – 54,5%, не имеют опыта – 82%. Среди девушек русских негативно относятся – 33%, не имеют опыта – 25%. Среди юношей казахов негативно относятся – 15%, не имеют опыта – 7,6%. Среди юношей русских негативно относятся – 0%, не имеют опыта – 0%.

Однако, имеется группа, имеющая противоположные характеристики. Среди девушек казашек положительно и нейтрально относятся к внебрачным связям – 1% и 45,4% соответственно, имеют опыт внебрачных отношений (в том числе в виде гражданского брака) – 18%. Среди девушек русских положительно и нейтрально относятся к внебрачным связям – 33% и 33,4% соответственно, имеют опыт внебрачных отношений (в том числе в виде гражданского брака) – 75,1%.

Среди юношей казахов положительно и нейтрально относятся к внебрачным связям – 69,3% и 15% соответственно, имеют опыт внебрачных отношений (в том числе в виде гражданского брака) – 92,3%. Среди юношей русских положительно и нейтрально относятся к внебрачным связям – 83,4% и 0% соответственно, имеют опыт внебрачных отношений (в том числе в виде гражданского брака) – 98,9%.

Было обнаружено противоречие (амбивалентность) в оценке брака и внебрачных связей, так девушки и юноши, негативно относящиеся к внебрачным связям, в то же время имеют такой опыт и позитивно его оценивают. Девушки 43,4%, юноши – 16,2%.



Б.Ф. Кваша, В.Б. Спицнадель и др. считают, что добрачные связи - это «скорее бесконтрольность чувств, нравственная нечистоплотность, моральная беспринципность» [4, с. 42].

На вопрос о том, по какой причине молодые люди не оформляют официально свои брачные отношения, нами были получены следующие ответы: вне зависимости от пола считают необязательной официальную регистрацию брака; стремление получить материальные средства до вступления в брачно-семейные отношения, а также низкий уровень готовности к обязательствам, налагаемыми браком.

Категорически утверждать, что у молодежи отсутствуют семейные ценности, нельзя, семья большинством студентов определяется как одна из важнейших жизненных ценностей, обязательной частью жизненной стратегии молодых людей.

Возникает предположение об отсутствии адекватных представлений репродуктивного поведения, трансформации системы ценностей, ослаблении потребности в детях, ориентации на прагматические цели в репродуктивной сфере, поведение потребителя.

Современные молодые люди и семьи не поддерживают ценности многодетности, приоритетными становятся ценности материального характера, устремления на карьеру, в том числе у девушек.

На психологическом уровне молодые люди становятся более уверенными в себе, стремятся изменить свою жизнь в сторону получения образования, накопления материальных благ, создание материальной основы безбедной жизни, присутствует стремление к «красивой» жизни.

Возникает новый тип молодежи более либеральной, свободный от стереотипов традиционных семей, вмещающий в сознании множественность, поливариативность мнений, моделей поведения в репродуктивной сфере, но с другой стороны, это отсутствие ответственности, обязательств за последствия выбора.

Таким образом, распространение новой морали положительного отношения к внесемейным связям, гражданским бракам изменения понимания значения брака и семьи приводит, в конечном итоге, к возникновению и распространению новых отношений, где нет четкого определения прав и обязанностей, ответственности каждого участника социорепродукции.

Отсутствие в некоторых случаях ценностного понимания брака, в дальнейшем вызовет трудности создания «Мы - общности» семейных отношений, формирования информационного пространства семьи, ресурсного пространства, которое дает возможность взаимного роста, взаимопомощи, обмена опытом, эмоциями.

При внебрачных отношениях не появляется «Мы - общность», отсутствует социальное провозглашение.

Слабая дифференциация семейных и внесемейных ценностей и связей – свидетельство невысокого уровня развития сознания.

Необходимо повышать уровень развития когнитивного компонента сознания, что касается перспектив распространения идеологии ценности семьи в современном Казахстане, то можно говорить о частичном сохранении традиционных семей, основанных на принципах морали, обычаев, традиций, которые могут стать опорой в понимании основ формирования культуры по-ролевых отношений для подрастающего поколения.

#### Литература:

1. statuskz.org
2. Бойко В.В. Трудные характеры подростков. Развитие, выявление, помощь. СПб, 2003, 126 с.
3. Полутин СВ. Молодежь в системе социального воспроизводства: социол. анализ. Саранск: Изд-во Мордовского Университета, 2000.
4. Кваша Б.Ф., Спицнадель В.Б., Минко Н.И. Ценностные основы семьи. / СПб. Изд-во СПб. юридич. ин-тута МВД России, 1997.

## *Sexual culture and features of reproductive behaviour of youth of the east kazakhstan region.*

GLUSHKOVA LILIYA N.

Associate professor of East Kazakhstan regional university



## **Результаты групповой телесно-ориентированной психотерапии с пациентами с аддиктивными расстройствами и нарушениями социальной адаптации**

**БЕРЕЗИНА В.Н. [1], БЕРЕЗОВСКАЯ И.И. [2]**

[1] врач-психотерапевт, Москва

[2] клинический психолог Центра Медицинской психологии и психотерапии МНПЦ Наркологии, Филиал №6, Москва

*В статье описаны результаты работы авторов с пациентами с аддиктивными расстройствами и нарушениями социальной адаптации в форме групповой телесно-ориентированной психотерапии.*

*Ключевые слова: телесно-ориентированная психотерапия, аддиктивные расстройства, нарушения социальной адаптации.*

Более трех лет в рамках Отделения медицинской психологии и психотерапии Филиала (НД) №6 МНПЦ Наркологии работает группа авторской телесно-ориентированной психотерапии. Основной контингент данной группы составляют пациенты Отделения с зависимым поведением (химические и нехимические формы аддиктивных расстройств) и нарушением социальной адаптации. Групповые встречи проводятся раз в неделю. Также участники группы имеют возможность получать индивидуальное консультирование для разбора и анализа дневниковых записей переживаний, которые появляются в ходе самостоятельных тренировок дома.

Полный курс рассчитан на 9-10 месяцев и состоит из 2-х циклов. Количество участников группы - от 8 до 12 человек. Сессия состоит из 3 частей: группового обсуждения перед основной частью, основной части и завершающей части.

Во время группового обсуждения перед основной частью выясняется самочувствие каждого участника на данный момент, его чувства и переживания после завершения предыдущего занятия. А также, какие упражнения выполнялись дома, какие переживания и ассоциации из личной истории возникли и как они могут быть проинтерпретированы при групповом обсуждении во время обратной связи.

Основная часть занятия представляет собой ряд упражнений, подобранных специально по теме сессии и основанных на принципах телесно-ориентированного подхода в психотерапии, традиционных восточных и западных оздоровительных систем, элементов танца, символ-драмы, а также элементов релаксации и лечебного внушения. Особенностью данных упражнений является гармоничное сочетание компонентов движения, дыхания, визуализации и др., направленных на проработку неосознаваемых эмоциональных конфликтов и интеграцию личности пациентов. Задача ведущих группы – помочь участникам в осознании, анализе и проработке данных конфликтов.

Завершающая часть представляет собой обсуждение результатов занятия, а также позволяет участникам группы поделиться своими переживаниями от сессии.

Теоретической базой нашей авторской групповой телесно-ориентированной психотерапии является теория В.Райха, которая развита и дополнена его последователями и дальнейшими практическими наработками.

Целью групповой телесно-ориентированной психотерапии является - научить участников группы:

- понимать «язык» тела и те сообщения, которые оно посылает, научиться взаимодействовать с ним;
- понимать чувства и эмоции, потребности и желания, которые возникают в процессе жизни, и не подавлять, а проявлять их наиболее рациональным образом; использовать их не на саморазрушение, а на саморазвитие;
- понимать, как эмоции связаны с частями тела, и научиться через тело влиять на них.

Как уже отмечалось выше, групповые занятия состоят из 2-х циклов:

1-й цикл направлен на снятие мышечных зажимов у участников группы, так называемого «мышечного корсета»; осознание и высвобождение тех эмоций, которые этим «корсетом» сдерживаются.

Так в течение, примерно, 10-15 занятий (количество занятий зависит от величины группы и динамики групповой работы) проводится работа, направленная на расслабление мышц выделенных нами сегментов тела: глазной сегмент (2 занятия); челюстной сегмент (2 занятия); горловой сегмент (1-2 занятие); грудной сегмент (1 занятия); диафрагмальный сегмент (1 занятие); брюшной сегмент (1 занятие); тазовый сегмент (1 занятие); опоры /плечевой пояс и ноги/ (1 занятие).

В ходе занятия участниками группы выполняются специально подобранные упражнения, которые позволяют максимально напрягать те группы мышц, которые прорабатываются. За счет активного напряжения мышц происходит их последующее расслабление. Одновременно с мышечным расслаблением происходит «высво-



бождение» чувств и эмоций, осознание потребностей и желаний, за сдерживание которых данные мышцы отвечают. Например, «прорабатываем» глазной сегмент, чаще всего мы имеем дело с социальными страхами – страх совершить ошибку, страх оценки, страх обидеть другого человека и др. После выполнения упражнения в течение минуты участники группы отдыхают, сосредоточившись на переживаниях, чувствах, мыслях и образах, которые при этом возникают. Далее участники группы делятся теми переживаниями, которые возникли у них в ходе выполнения упражнения и последующего расслабления. Ведущие группы комментируют и помогают участникам осознать и проанализировать, например, какие чувства и в связи с чем у них возникли. При необходимости также помогают «проработать» то или иное чувство.

Также участникам группы предлагается выполнять упражнения, с которыми они познакомились на занятии, в течение недели до следующей группы. Переживания, которые появляются в ходе самостоятельных тренировок, предлагается записывать в виде дневника. Эти записи анализируются в ходе индивидуальных консультаций или на групповом обсуждении перед основной частью занятия.

2-й цикл направлен на лучшее понимание участниками группы своей психической сферы; на понимание чувств и эмоций, которые они испытывают в жизни; а также тренинг наиболее рационального проявления этих чувств в реальной жизни.

Темы занятий (приблизительно 10–15) составляются исходя из запроса участников группы. Так в конце первого цикла участники предлагают те проблемы, которые для них актуальны и они хотели бы более подробно их проработать. Ведущие группы в соответствии с запросом подбирают те или иные упражнения для проработки. Занятия строятся также как в первом цикле. Ведущий предлагает упражнение, после выполнения которого, участники группы пытаются осознать и проанализировать те переживания, которые у них возникали. Ведущие своими комментариями помогают участникам осознать те паттерны поведения и эмоционального реагирова-

ния, которые присущи им в жизни и, при необходимости скорректировать их. Приблизительные темы занятий: доверие; контакт; взаимодействие; агрессия; контроль; личные границы; принятие-отвержение и др. За последние 3 года участниками данной группы стали более 80 человек. При первичном тестировании у пациентов было диагностировано:

- у 82% участников группы высокие показатели личностной и реактивной тревоги (тест Спилберга-Ханина) и высокие показатели шкал тревоги по SCL-90R (опросник выраженности психопатологической симптоматики);
- у 47% участников группы были выявлены высокие показатели шкал депрессии по SCL-90R (опросник выраженности психопатологической симптоматики), что подтверждается показателями шкалы Балашовой;
- у 73% участников группы ведущими являются дезадаптивные копинг-стратегии (бегство-избегание; дистанцирование; поиск соц. поддержки);
- неадекватная самооценка (заниженная у 59% участников группы и завышенная у 23% участников);
- практически у всех участников группы отмечают проблемы в отношениях с близкими и значимыми людьми.

В 1-м цикле групповая работа с частью пациентов с эндогенными расстройствами (около 30%) сочеталась с индивидуальными консультациями для разбора и анализа дневниковых записей. В результате групповой работы были получены следующие результаты: у всех участников группы значительно снизились показатели тревожности, причем, как личностной, так и реактивной; у 42% участников группы снизились показатели депрессии; у 56% произошла смена ведущей копинг-стратегии на более адаптивную; у 79% скорректировалась самооценка; все участники группы отмечают значительные улучшения отношений в семье и с другими значимыми людьми. Таким образом, можно констатировать, что работа с пациентами с аддиктивными расстройствами и нарушениями социальной адаптации в технике телесно-ориентированной групповой терапии можно считать результативной в рамках амбулаторной помощи городскому населению.

## ***The results of group body-oriented psychotherapy the patients with different addiction disorders and social adaptation problems***

**BEREZINA V.N. [1], BEREZOVSKAYA I.I. [2]**

[1] psychotherapist,

[2] a clinical psychologist, Center of Medical Psychology and Psychotherapy, MCPC of Addictions, Branch № 6

*The article reviews the results of author's group body-oriented psychotherapy patients with different addiction disorders and social adaptation problems.*

*Keywords: body-oriented psychotherapy, addiction disorders, social adaptation problems.*



## Новые подходы к исследованию психосоматического статуса при занятиях телесными оздоровительными практиками

САНДОМИРСКИЙ М.Е. [1], БИРЮКОВ М.А. [2]

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

[2] телесно-ориентированный психотерапевт, аспирант кафедры физической культуры и спорта Орловского Государственного университета (г. Орел)

*Психосоматические расстройства рассматриваются как фактор мотивации для занятий традиционными восточными оздоровительными практиками (ТВОП), в частности, йогой, анализируется вегетативный статус занимающихся и закономерности его нарушений, которые могут служить показанием для целенаправленной телесной рефлексорной психокоррекции*

*Ключевые слова: психосоматика, вегетативный тонус, йога, психокоррекция.*

Одним из ведущих факторов мотивации для занятий традиционными восточными оздоровительными практиками (ТВОП), в частности, йогой, является улучшение физического здоровья в случае его функциональных нарушений. По сути, речь идет о психосоматических расстройствах (ПСР), требующих комплексной коррекции, в том числе психотерапевтической. Но эффективность ТВОП, проверенная веками, связана не только с собственно физическими упражнениями, но и с достигаемым в процессе их выполнения саногенным психическим состоянием. Последнее представляет собой кинестетический транс, достигаемый благодаря телесной релаксации (позно-тонической, изометрической, постизометрической, дыхательной, ментально-образной) вкупе с телесным осознанием («присутствием» в теле).

Фактически, тем самым осуществляется «необъявленная психотерапия», в терминологии В.Ю. Завьялова [1]. Это становится тем более очевидным, если вспомнить «генетическое родство» современной психотерапии и ТВОП. Последние (особенно йога), как известно из истории психотерапии, послужили в первой половине XX в. источником создания многих терапевтических методов и отдельных техник, ныне ставших классическими.

Однако, спонтанный «слепой» психокоррекционный эффект ТВОП не использует в полной мере потенциальные терапевтические возможности последних, поскольку ограничивается соматической разрядкой эмоций без полноценного осознания породивших их психологических причин и изменения отношения к последним. В этом аспекте оптимизация оздоровительного эффекта ТВОП, очевидно, возможна на основе интеграции с формальными психотерапевтическими инструментами, первым шагом которой выступает детальная психодиагностическая оценка ПСР.

Подобная диагностика имеющих ПСР, как было нами показано ранее [2, 3, 4, 5, 6, 7], должна быть системной, как клинической, так и психологической,

включая: а) Оценку степени выраженности телесных симптомов в их совокупности (как правило, шире продекларированного клиентом запроса), охватывающей как первичные симптомы, так и порождаемые ими вторичные, в том числе компенсаторные.

б) Анализ взаимосвязи телесных проявлений ПСР и психоэмоционального стресса, как внутриличностного, так и межличностного и социального [8].

в) Учет личностных особенностей, становящихся основой стрессовой уязвимости и предрасположенности к формированию ПСР со стороны конкретных органов и систем организма («мишеней» стресса).

Для осуществления описанной цели в рамках данного исследования проведена комплексная диагностика психосоматического статуса 28 человек, регулярно занимающихся йогой в формате оздоровительной группы, из них 20 женщин, 8 мужчин, со средним возрастом  $28,88 \pm 1,69$  лет. Контрольную группу составили 275 здоровых людей, не занимающихся ТВОП (114 мужчин и 161 женщина), средний возраст  $27,17 \pm 0,77$  лет, обследованных ранее [7]. Использованная батарея тестов включала:

а) Психовегетативный опросник (ПВО) для диагностики вегетативного психосоматического статуса [4, 6].

б) Тест SQL-90-г для оценки уровня соматизации и предрасполагающих к ней психопатологических нарушений [9], с уточнением соматоформных компонентов соматизации по тесту SOMS [10].

в) Анализ клинических соматических аспектов ПСР проводился по тесту АДМС «Автоматизированная диагностика и массовый скрининг» [2], построенному на базе диагностического алгоритма КАСМОН [11] совместно с Гиссенским опросником соматических жалоб в адаптации НИПНИ им. Бехтерева [12].

Анализ вегетативного психосоматического статуса (таблица 1) выявил в группе занимающихся ТВОП наличие надсегментарных регуляторных нарушений, в основном по типу амфотонии (со стороны терморегуляции, аппе-



Таблица 1. Исследование вегетативного психосоматического статуса

Показатели		Группа ТВОП		Контрольная группа	
		M	m (n=28)	M	m (n=275)
Кожа	П	1,283	±0,110	0,835±	0,036***
	С	0,997	±0,142	0,665±	0,034*
Терморегуляция	П	0,194	±0,194	1,801±	0,126***
	С	2,131	±0,371	0,911±	0,093***
Жажда	П	1,013	±0,230	0,393±	0,045**
	С	0,788	±0,231	0,831±	0,054
Аппетит	П	0,950	±0,245	0,312±	0,042*
	С	1,544	±0,191	0,774±	0,056***
Сердечно-сосудистая система	П	1,943	±0,490	1,512±	0,109
	С	1,087	±0,232	0,889±	0,048
Дыхательная система	П	1,259	±0,323	0,437±	0,046*
Желудочно-кишечный тракт	П	1,841	±0,373	0,629±	0,043***
Мочевыделительная система	П	1,744	±0,397	0,124±	0,037
	С	1,162	±0,387	0,293±	0,055*
Сон	П	3,384	±0,423	2,742±	0,117
	С	3,469	±0,461	2,002±	0,113***
Работоспособность	П	2,500	±0,250	1,535±	0,079***
	С	2,531	±0,252	1,182±	0,070***
Характерологические изменения (эмоционально-волевые)	П	1,281	±0,078	0,811±	0,034***
	С	1,250	±0,091	0,817±	0,037***
Итого регуляция В Н Д	П	7,166	±0,579	5,088±	0,148***
	С	7,250	±0,611	4,001±	0,135***
Суммарный парасимпатический тонус	П	17,392	±1,397	11,588±	0,294***
Суммарный симпатический тонус	С	14,960	±1,572	8,482±	0,199***

Обозначения: С - симпатический тонус, ПС - парасимпатический тонус  
 Достоверность различий: \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

тита, работоспособности и эмоционально-волевой регуляции). Трофотропный (ваготонический) тип нарушений обнаружен со стороны регуляции водно-солевого обмена, эрготропный (симпатикотонический) – регуляции сна. Сегментарные нарушения вегетативной регуляции наблюдаются в первую очередь в отношении дыхательной и пищеварительной систем (по ваготоническому типу), в меньшей степени мочевыделительной (по симпатикотоническому) и кожи (по амфотоническому). Все перечисленные вегетативные сдвиги достоверно отличаются от контрольной группы. В целом вегетативный тонус в группе ТВОП достоверно повышен по амфотоническому типу, при этом парасимпатический тонус составил  $17,392 \pm 1,397$  баллов (против  $11,588 \pm 0,294$  в контрольной группе,  $p < 0,001$ ), симпатический тонус  $14,960 \pm 1,572$  баллов (против  $8,482 \pm 0,199$ ,  $p < 0,001$ ). Изучение клинической симптоматики ПСР по тесту АДМИС (табл. 2) по-

казало в группе ТВОП достоверно более высокую соматическую отягощенность в группе ТВОП по сравнению с контролем. Общая диагностическая сумма АДМИС составила у них  $7,810 \pm 0,732$  против  $5,420 \pm 0,295$  в контрольной группе ( $p < 0,001$ ). Аналогичные результаты получены по данным Гиссенского опросника: в группе ТВОП достоверно выше как общая интенсивность соматических жалоб (по), так и интенсивность большинства ее составляющих жалобы желудочные, сердечные и алгические (боли в различных частях тела). Результат вполне закономерный: именно проблемы телесного здоровья, как мы упоминали выше, и ожидания решения этих проблем с помощью телесных практик саморегуляции мотивируют значительную часть занимающихся ТВОП. Однако детальный анализ описанных жалоб показывает, что за ними стоят не только соматические нарушения, но и в значительной мере аффективные,



Таблица 2. Исследование соматических симптомов по тестам АДИМС, SOMS, Гиссенскому опроснику соматических жалоб

Показатели	Группа ТВОП M±m (n=28)	Контрольная группа M±m (n=275)
Соматоформный показатель (SOMS)	28,500±2,451	19,900±0,832***
Общая диагностическая сумма по тесту АДИМС	7,810±0,732	5,420±0,295***
<i>Данные Гиссенского опросника соматических жалоб</i>		
Истощение	3,940±0,512	2,810±0,254
Желудочные жалобы	2,690±0,489	1,420±0,186*
Боли в различных частях тела	3,940±0,433	2,130±0,223***
Сердечные жалобы	3,000±0,492	1,780±0,189*
Интенсивность жалоб	13,560±1,554	8,140±0,668***

Достоверность различий: \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

как следствие соматизации эмоций. В частности, об этом можно судить на основании соматоформного показателя – суммы позитивных ответов обследуемых по вопросам теста SOMS, которая в группе ТВОП достоверно выше (28,500±2,451), чем в контрольной группе (9,900±0,832,  $p < 0,001$ ).

Аффектогенная природа соматических симптомов в группе ТВОП подтверждается также результатами по тесту SQL-90-г (табл. 3). В первую очередь, это достоверно более высокий, чем в контрольной группе, уровень соматизации эмоций: 1,170±0,164 против 0,709±0,055

( $p < 0,01$ ). Это сопровождается также достоверным в сравнении с контролем превышением по сопутствующим шкалам, в первую очередь отражающим проявления депрессивности и тревожно-фобических расстройств (включая тревожность общую и межличностную). Также достоверно выше, чем в контрольной группе, показатели по шкалам обсессивности-компульсивности, враждебности и паранойальности.

Структура же взаимных связей этих показателей обнаруживает достоверную сильную корреляцию соматизации с депрессивностью ( $r = 0,841$ ) и психопатизацией

Таблица 3. Исследование психологических факторов соматизации по тесту SQL-90-г

Показатели SQL-90-г	Группа ТВОП M±m (n=28)	Контрольная группа M±m (n=275)
Соматизация эмоций	1,170±0,164	0,709±0,055**
Обсессивность-компульсивность	1,333±0,187	0,718±0,085**
Межличностная тревожность	1,322±0,188	0,664±0,081***
Депрессивность	1,184±0,175	0,671±0,083**
Тревожность	0,981±0,153	0,546±0,069*
Враждебность	1,119±0,153	0,632±0,086**
Фобии	0,529±0,102	0,282±0,054*
Паранойальность	1,192±0,175	0,590±0,073***
Психотизм	0,691±0,177	0,328±0,058
Дополнительные пункты	1,250±0,171	0,590±0,072***
Общий балл – индекс GSI	0,956±0,153	0,512±0,056**
Индекс проявления симптоматики PSI	50,380±5,560	27,290±2,217***
Индекс выраженности дистресса PDSI	0,018±0,001	0,019±0,001

Достоверность различий: \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

( $r = 0,815$ ), фобиями ( $r = 0,701$ ) и паранойяльностью ( $r = 0,702$ ). Достоверную корреляцию средней силы соматизации с тревожностью межличностной ( $r = 0,660$ ) и общей ( $r = 0,559$ ), а также обсессивностью-компульсивностью ( $r = 0,645$ ).

Результаты исследования могут служить обоснованием целесообразности детального анализа психосоматического статуса при занятиях телесными оздоровительными практиками, позволяющего конкретизировать индивидуальные цели оздоровительных занятий и наблюдать динамику телесного состояния. Учет тесной связи психосоматического статуса с личностными особенностями занимающихся ТВОП может повысить эффективность занятий на основе включения в их программу, наряду с психофизическими тренировками, элементов психокоррекции. Таким образом, описываемый подход призван в перспективе способствовать интеграции традиционных оздоровительных практик и телесной психотерапии на общей психосоматической основе.

### Литература:

1. Завьялов В. Ю. Необъявленная психотерапия. — М.: Академический проект, 2001.
2. Сандомирский М.Е. К вопросу о методике исследования вегетативной нервной системы в клинике внутренних болезней // Практ. методы повышения эффективности оздоровления детей. — Уфа: 1986. — С. 73—74.
3. Сандомирский М.Е. Системные механизмы вегетативных нарушений // Теория и практика разработки и внедрения средств автоматизации технологических и производственных процессов. Тез. докл. V Республ. межотрасл. науч.-тех. конф. Уфа: УАИ, 1989. — 124 с. — С. 112.
4. Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия. — М.: КЛАСС, 2005. — 562 с.
5. Сандомирский М.Е. Психосоматика: интеграция клинического, психологического и традиционного духовно-оздоровительного подходов // Психотерапия. Приложение: Матер. Межрегион. научно-практ. конф. «Настоящее и будущее психотерапии и психологического консультирования на Юге РФ» 27-29 ноября 2009 г. — С. 17-21
6. Сандомирский М.Е. Перечень психосоматических симптомов. // Вестник интегративной психологии. — 2014. — Вып. 12 - С. 186-190
7. Сандомирский М.Е. Интеграция клинического и психологического подходов в психотерапии психосоматических расстройств: диагностический аспект // Психотерапия. — 2014. - №10 (в печати)
8. Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление. - М.: ПЕР СЭ, 2006.
9. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Шайб П., Виршинг М. Эмоции и психическое здоровье в социальном и семейном контексте (на модели соматоформных расстройств) // Медицинская психология в России. - 2011. - №1(6).
10. Rief W., Hiller W. Screening für somatoforme Störungen: SOMS. - Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 2008.
11. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 30 мая 1986 г. №770 «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения»
12. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. / Ред. Д.Я. Райгородский. — Самара: ИД «БАХРАХ-М», 2004. — 672 с.

## ***New approaches to the study of psychosomatic status when doing Eastern-oriented wellness practices***

**SANDOMIRSKY MARK EVGENYEVICH**

Institute for Group and Family Psychotherapy (Moscow)

**BIRYUKOV MIKHAIL ALEKSEEVICH**

Orel State University (Orel)

*Psychosomatic disorders are considered as motivating factor for practicing traditional Eastern oriented wellness practices, especially yoga. In order to diagnose psychosomatic disorders, the autonomic status in yoga practicing people is analyzed, as well as patterns of its disregulation, which may serve as indication for targeted bodily psychotherapy*

*Keywords: psychosomatics, autonomic tone, yoga, psychotherapy.*



## Опыт оказания психолого-логопедической помощи больному афазией при введении его в состояние транса

ПАЛКИНА Л.А.

Афазия (от др.-греч. ἀ — отрицательная частица и φῶσις — проявление, высказывание) представляет собой полную или частичную утрату уже имевшейся речи, обусловленную органическим поражением отделов головного мозга, которые имеют отношение к осуществлению речевой функции [1].

Причинами возникновения афазий могут быть разного рода травматические повреждения и инфекционные заболевания головного мозга, опухоли, нарушения мозгового кровообращения и пр. Симптоматика афазии не ограничивается наличием речевых симптомов. Наряду с ними выражаются неврологические симптомы, психические симптомы, наблюдаются психологические проблемы — невозможность выразить свои мысли и желания, непонимание того, что с тобой случилось, когда это кончится и почему тебя не понимают окружающие, все это ведет к разным депрессивным состояниям у больного. Возникает неверие в то, что утраченную речь при известной настойчивости можно восстановить.

При афазии речь не утрачивается полностью — даже в самых тяжелых случаях остаются какие-то ее остатки, «осколки», хотя они уже не выполняют функции общения. Восстановительная работа при афазии сложна и продолжительна. В ее основу положен ряд принципов:

1. Комплексный медико-психолого-педагогический характер воздействия;
2. Возможно более раннее начало восстановительной работы;
3. Поэтапность восстановления речевой функции;
4. Предупреждающий характер логопедического воздействия;
5. Использование «обходных» путей (принцип опоры на сохранные сигнализаторы);
6. Работа над всеми сторонами речи (устная речь, чтение и письмо);
7. Положительный эмоциональный фон работы [5].

При афазии эффективность и продолжительность восстановительной работы зависят от многих условий:

1. От локализации, характера и степени поражения головного мозга;
2. От возраста больного;
3. От времени начала логопедической работы после наступления афазии;
4. От состояния речевой функции до заболевания;
5. От личностных особенностей больного;
6. От ближайшего социального окружения больного и общих условий его жизни [5].

Психолого-логопедическая работа с больным афазией разбивается на 5 этапов (Табл. 1).

Упорная напряженная работа специалиста и пациента на первом, втором и третьем этапе подготавливает нервную систему больного к началу работы на четвертом и пятом этапе — стимуляции фразовой речи и упрочения вербально-образных связей, активизации творческого воображения, подключения субдоминантного полушария.

Рассмотрим подробнее опыт деятельности психолога-логопеда на четвертом и пятом этапах восстановления речи.

Больной М., 50 лет, ишемический атеротромботический инсульт: моторная, частично сенсорная афазия, правосторонний выраженный гемипарез правой руки. Речь нарушена по типу сенсорной моторной афазии. До болезни работал водителем-дальнобойщиком, увлечения — мотоцикл (байкер). Образование — техническое училище.

Занятия с логопедом начались через 6 месяцев после перенесенного инсульта. На первом занятии выяснилось, что больной может произносить с грозными вариациями слова: «мама», «нет», «раз, два», «блин» и ненормативную лексику; эмболы «с», «бу-у-дет». Первичное нейропсихологическое исследование речи по методике Е. Д. Хомской [7], показало, что речь у больного практически отсутствует — не выполнено ни одно из предложенных заданий. Исследование письма, чтения, памяти, системы счета и интеллектуальных процессов пришлось отложить до улучшения состояния речи.

После выписки из больницы больной категорически отказывался принимать какое-либо лечение и помощь (медикаментозные средства, массаж, ЛФК, логопедию). Упорные занятия со специалистом (1 год и 2 месяца) подвели больного к четвертому и пятому этапу психолого-логопедических занятий, где логопедическая цель — стимуляция фразовой речи. Психологическая цель — упрочение вербально-образных связей (преодоление нарушений пространственного и конструктивного праксиса).

Здесь к работе с больным был подключен такой элемент психотерапии как легкий транс.

Открытие Р. Сперри, лауреата Нобелевской премии, о «функциональной специализации двух полушарий мозга человека» позволило в дальнейшем прийти к одному из выводов о том, что левое и правое полушария головного мозга представляют собой огромную разницу и используют совершенно различный «субстрат» для своей работы. Левое, весьма условно соответствует



Таблица 1

этапы	Этапы психолого-логопедические работы	
	логопедическая	психологическая
<i>первый</i>	заключается в растормаживании произносительной стороны речи (пение песен, сопряженное и отраженное чтение стихов, договаривание пословиц, фраз с жестким контекстом и т. д.).	активизацией слухового и зрительного внимания, формированием мотива деятельности и характера деятельности.
<i>второй</i>	в преодолении трудностей актуализации слов-номинаций.	активизация тактильной чувствительности (узнавание предметов, представленных тактильно).
<i>третий</i>	накопление слов, характеризующих основные параметры предметов, преодоление трудностей понимания сравнительных конструкций (больше, меньше, уже, шире, светлее, темнее, мягче, тверже и т. д.).	выработку обобщенного образа характеристик предмета с опорой на зрительный и тактильный анализаторы, сопоставление предметов с аналогичными эмпирическими признаками. (Выработка вербально-невербальных ассоциаций на основе оречевления параметров предмета, наиболее значимых в классификационном отношении).
<i>четвертый</i>	стимуляция фразовой речи.	упрочение вербально-образных связей (преодоление нарушений пространственного и конструктивного праксиса).
<i>пятый</i>	стимуляция развернутой устной речи.	активизация творческого воображения, подключение субдоминантного полушария (оживление ассоциативных связей между усвоенными ранее практическими действиями и их вербальным обозначением).

сознанию – отвечает за слова, цифры и прочие знаки, тогда как правое условно соответствует бессознательному – отвечает образы, символы и ощущения. И мозг устроен так, что в результате человек достигает только тех целей, которое приняло его правое полушарие. Для вовлечения в работу правого полушария необходимо создавать образы или, на худой конец, символы [2].

Работу по созданию образов, лучше всего проводить в состоянии транса. Транс является не более чем весьма расслабленным и оттого повышенно восприимчивым ко всему, что «там, внутри», состоянием [2].

Состояние транса может проявляться абсолютно естественно. Например: что-то делая, мы о чем-то задумываемся, а потом наше сознание куда-то «уплывает». В такие моменты наши мысли сначала могут быть о чем-то привычном для нас, но постепенно их начинают

сменять ненавязчивые образы и картины. Это и есть состояние транса. Транс — это естественное состояние с определенными изменениями активности мозга, когда тело и мыслительные процессы засыпают, а разум продолжает бодрствовать. Трансовое состояние обычно сопровождается приятным чувством расслабления и спокойствия. Те, кто погружаются в транс по собственному желанию, знают, как он помогает хорошо отдохнуть и набраться сил. Непроизвольный транс обычно свидетельствует о том, что наш организм, ум или нервная система перегружены. Транс часто спасает нас от переутомления, позволяя немножко передохнуть [8].

Возможности транса воистину безграничны. С помощью него можно не только отдыхать, но и практиковать различные ментальные техники, помогающие исцелить себя от болезни или улучшить какие-либо результаты.



Как отметил М. Эриксон, специалисту необходимо принять во внимание, что в «психотерапии главным считается установление эмпатического сопереживания и душевного резонанса с пациентом... Пациент приобретает навыки диагностического самоанализа и концентрируется на изучении своих внутренних состояний... Характер некоторых людей таков, что они просто не умеют выразить свои чувства.

Сам М. Эриксон считал, что наилучший результат достигается тогда, когда в поведении человека преобладает автоматизм, бессознательное, т. е. когда сознание не вмешивается. Пациент даже не замечает, что на бессознательном уровне духовный контакт уже установлен» [6]. Эриксон считал, что любые психотерапевтические техники становятся во много раз более эффективными, если проведены с человеком именно в состоянии транса, когда отсутствует тормозящая роль сознания.

Работая по восстановлению речи с пациентом на четвертом и пятом уровнях, мы создаем не только внешние образы, но и вырабатываем внутренние, так называемые «мыслительные образы». Под мыслительными образами подразумеваются наши стереотипы и образы мышления. Обычно, подходя к этому этапу работы, психолог достаточно хорошо знает характер своего пациента, и вызывает у него образы, которые, как он считает – наиболее близки больному. На самом деле не слова диктуют образы, а принятый человеком образ наполняет слова сутью.

Первые же беседы с таким больным, находящимся в трансе, показали, что он может самостоятельно отвечать на вопросы (избегая выбора между двумя вариантами, предложенными психологом), когда транс вызван на очень близкую больному тему. Например, больному было предложено ощутить себя за рулем автомобиля. Представить, как садится за руль, нажимает на педаль газа, набирает скорость, включает музыку и т. д.

Другой же предложенный вариант – представить круг, трансформировать в квадрат, затем в треугольник – ничего не дал. Больной просто не в состоянии был понять, что от него требуется.

Итак, транс – это измененное состояние сознания, когда фокус внимания направлен не во внешний мир, как в обычной жизни, а во внутренний. Наш мозг не способен постоянно находиться на пике сознательного контроля, ему необходимы периоды расслабления (или же транса). В эти минуты психика работает по-другому: активными становятся структуры, отвечающие за интуицию, образное мышление, творческое восприятие мира. Открывается доступ к ресурсам внутреннего опыта. Именно в этом состоянии к нам приходят всевозможные озарения или внезапно находятся ответы на вопросы, над решением которых мы бились долгое время.

В состоянии транса человек становится более открытым, восприимчивым к позитивным изменениям, легко обучается, открывает для себя новые возможности, отыскивают скрытые внутренние ресурсы для разрешения

проблем, которые ранее казались совершенно неразрешимыми [9].

Таким образом, применяя психотехнику легкого транса при работе по восстановлению речи у больного, мы заметно активизируем его ассоциативные связи между усвоенными ранее практическими действиями и их вербальным обозначением, оживляем память и мышление, развиваем фантазию. Ведя больного в состоянии транса по значимому для него положительному событию, предлагая ему вновь почувствовать те ситуации, эмоции и ощущения, которые были в его жизни, стимулируя работу воображения и задавая вопросы, мы тем самым побуждаем потребность больного говорить самому, говорить именно то, что он представил.

И, обладая к этому периоду уже достаточным словарным запасом, больной начинает переходить на диалогическую речь, которая не требует от него дополнительных усилий и напряжения мысли в подборе нужного слова. Больному становится легко разговаривать, занятия приносят положительные эмоции, положительная динамика налицо.

#### Литература:

1. Афазия // Medtask: форум для студентов и медиков [Электронный ресурс].- Электронная ст. - Режим доступа: <http://medtask.webtalk.ru/viewtopic.php?id=10>, свободный
2. Ковалев, С.В. Введение в нейротрансформинг или руководство по эффективности и счастью. – М. : Твои книги, 2013. – С. 70.
3. Кошелева, Н. В. Преодоление трудностей называния у больных с афазией в процессе невербальной предметно-практической деятельности / Н.В. Кошелева // Дефектология. – 2010. - № 1. – С. 87-91.
4. Опель, В. В. Восстановление речи при афазии. (Методические указания). - Л.: Медгиз, 1963. - 108 с. - (Библиотека практического врача) [Электронный ресурс]. URL: [http://www.pedlib.ru/Books/3/0350/3\\_0350-1.shtml](http://www.pedlib.ru/Books/3/0350/3_0350-1.shtml) (дата обращения: 07.04.2014).
5. Парамонова, Л. Г. Логопедия для всех / Л.Г. Парамонова – 2-е изд. - СПб.: Питер, 2004. – 227 с.
6. Семинар с доктором медицины Милтоном Г. Эриксоном (Уроки гипноза): ред. и ком. Джеффри К. Зейга. Пер. с англ. Т.К. Кругловой. – М.: Независимая фирма «Класс», 2003
7. Хомская, Е. Д. Нейропсихология: учебник / Е.Д. Хомская. – СПб.: Питер, 2007. – 496 с.
8. Что такое транс? [Электронный ресурс]. – Электрон. ст.- Режим доступа к ст. <http://newgoal.ru/facts-cto-takoe-trans/>, свободный
9. Эриксоновский гипноз. [Электронный ресурс]. – Электрон. ст. URL: [http://sw-psiholog.ucoz.ru/publ/ehriksonovskij\\_gipnoz/ehriksonovskij\\_gipnoz/4-1-0-3](http://sw-psiholog.ucoz.ru/publ/ehriksonovskij_gipnoz/ehriksonovskij_gipnoz/4-1-0-3), свободный



## Проект «Практические занятия тренингового формата для студентов первого курса факультета клинической психологии»

СМИРНОВА Ю.М.

студентка Красноярского Государственного Медицинского Университета  
им. профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого, факультета Клиническая Психология  
Научный руководитель проекта – Живаева Юлия Валерьевна

Понятие идентификации (от лат. *identi-ficare* — отождествлять) было введено З. Фрейдом в работе «Групповая психология и анализ Эго» (1914), где идентификация рассматривается как один из важных аспектов и механизмов взаимодействия между индивидом и социальной группой, предполагающий в том числе усваивание образцов поведения значимого «другого». Трактовка социальной идентификации в рамках психоаналитической традиции (Э. Фромм) предполагает, что потребность в идентичности входит в число важнейших, универсальных человеческих потребностей. По Фромму, стремление к идентичности, с одной стороны, психобиологический принцип поведения, обусловленный необходимостью выжить, а с другой — потребность в обретении социального статуса. В интерпретациях символического интеракционизма (Дж. Мид и др.) идентификация рассматривается в первую очередь как результат социального взаимодействия (интеракции), когда в процессе социальной коммуникации, в частности в общении с другими людьми, человек сравнивает себя с ними и начинает видеть себя как бы со стороны, «отражаясь» в ответных реакциях и поступках других. В этом случае он смотрит на себя уже как на социальный объект, обладающий определенными признаками и свойствами. В современной российской социологии представлены различные трактовки социальной идентичности: в контексте культуры — через отождествление со смыслами и знаками (семантикой и семиотикой) различных культурных тезаурусов (В. Луков); функциональный анализ идентификаций в системе социального воспроизводства (В. Чупров); изучение социальной структуры и перспектив ее развития через понимание идентификаций как своего рода социальных «солидарностей» (В. Ядов); интерпретация социальной идентичности — через интериоризацию ценностей и норм в процессе социализации (А. Ковалева).

Обобщая накопленную информацию, можно сказать, что социальная идентификация — это процесс формирования социальной идентичности посредством соотнесения и отождествления с социальными образцами, группами, ролями, типами, признаками, качествами и свойствами. Социальная идентичность — результат социальной идентификации. Разделение этих понятий сопряжено с определенными сложностями, поскольку они взаимообусловлены и одно невозможно без другого: идентичность определяется качеством идентификаций, идентификация в свою очередь зависит от состояния и свойств идентичности. (Белинская Е., Тихомадрицкая О. Социальная психология: Хрестоматия).

По мнению Тэджфела (1979), межличностные и межгрупповые формы взаимодействия представляют собой два полюса единого биполярного континуума, на котором можно расположить все возможные варианты социального поведения. Один полюс — взаимодействие, определяемое полностью межличностными отношениями и индивидуальными характеристика-

ми участников и на которое не оказывает влияние принадлежность к разным социальным категориям. На другом полюсе — взаимодействие между людьми, полностью детерминированное их групповым членством и на которое не влияют их индивидуальные отношения и характеристики. В жизни крайние ситуации, приближающиеся к полюсам континуума, достаточно редки; в качестве примеров приближения к полюсам могут служить интимная беседа влюбленных, с одной стороны, и конфликт между полицейскими и пикетом забастовщиков — с другой. Типичным является поведение, находящееся где-то между указанными полюсами, с большим или меньшим приближением к одному из них (и соответственно удалением от другого). В дальнейшем была предложена гипотеза для объяснения вариантов поведения, располагающихся на этом континууме. «Я-концепция» личности может быть представлена как когнитивная система, выполняющая роль регуляции поведения в соответствующих условиях. Она включает в себя две большие подсистемы: личностную идентичности социальную идентичность. Первая относится к самоопределению в терм. минах физических, интеллектуальных и нравственных личностных черт. Вторая подсистема — социальная идентичность — складывается из отдельных идентификаций и определяется принадлежностью человека к различным социальным категориям: расе, национальности, классу, полу и т.д. Наряду с личностной идентичностью социальная идентичность оказывается важным регулятором самосознания и социального поведения. Важнейшие положения теории социальной идентичности формулируются в виде следующих постулатов.

1. Социальная идентичность складывается из тех аспектов образа «Я», которые вытекают из восприятия индивидом себя как члена определенных социальных групп (или категорий, как предпочитают обозначать их Тэджфел и Тэрнер). Так, например, в «Я-образ» может входить осознание себя как мужчины, европейца, англичанина, студента, представителя средних слоев общества, члена спортивной команды, молодежной организации и т.д.

2. Индивиды стремятся к сохранению или повышению своей самооценки, т.е. стремятся к положительному образу себя.

3. Социальные группы (или категории) и членство в них связаны с сопутствующей им положительной или отрицательной оценкой, существующей в обществе, следовательно, социальная идентичность может быть положительной или отрицательной. Например, на протяжении столетий принадлежность к мужскому полу ценилась выше, чем к женскому, аристократические слои общества — выше плебейских и т.д. В условиях современной Англии, где деление на классы в школе осуществляется по успехам в учебе и «способностям», восприятие себя учеником слабо успевающего класса создает предпосылки для формирования негативной социальной идентичности.



4. Оценка собственной группы индивидом определяется взаимоотношениями с некоторыми другими группами через социальное сравнение ценностно значимых качеств и характеристик. Сравнение, результатом которого становится положительное отличие своей группы от чужой, порождает высокий престиж, отрицательное — низкий. (Агеев В. С. Межгрупповое взаимодействие: Социально-психологические проблемы. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1990. С. 201-211). Миграция — территориальное перемещение населения, связанное с временным/постоянным изменением места жительства.

Молодежная миграция — перемещение молодежи. К основным причинам, обуславливающим основные миграционные процессы в молодежной среде следует отнести: 1. Получение образования. 2. Трудоустройство. 3. Создание семьи. 4. Вид на жительство. 5. Стрессовый фактор (стихийное бедствие, военные конфликты и т.д.). Однако, в отличие от взрослой миграции для молодежи характерен ряд специфических факторов (стремление посмотреть мир, жить отдельно от родителей и т.д.). Для молодежной миграции характерны следующие показатели: 1. Все чаще в миграционных процессах доминируют представители женского пола. 2. Молодежь в процессе миграции оценивает не только место будущего проживания, но и условия культурного развития. 3. Увеличивается поток нелегальных эмигрантов.

Весьма остры в малых городах проблемы трудовых ресурсов, проявляющиеся в безработице (как явные, так и скрытые формы), проблемах рационального использования трудовых ресурсов (узость рынка труда, структурная незанятость, диспропорции в применении мужского и женского труда). До последнего времени незанятые трудовые ресурсы в малых городах резко сокращались и составляли менее 2% от трудоспособного населения. (Россия в цифрах: официальное издание. - М.: Росстат, 2010. - 623 с.)

Психологическая адаптация выступает одним из ведущих и определяющих механизмов социализации личности. Социализация представляет собой процесс усвоения индивидом социального опыта, определенной системы знаний, норм, ценностей, позволяющих ему функционировать в качестве полноправного члена общества. Социальная адаптация — это интеграция личности в сложившуюся систему социальных отношений. Учебная адаптация является видом социальной адаптации, при котором социально — психологический аспект играет ведущую роль.

Главная цель адаптации личности — в ее самореализации, развитии способностей для успешного осуществления поставленных целей, превращении в самостоятельный социальный механизм. Успешность такой реализации, с точки зрения психологии, зависит от уровня интеллектуальных функций, эмоционально-волевой сферы, сформированности коммуникативных навыков. Незрелость, какой — либо из указанных сфер является одной из причин, которая может привести к дезадаптации. Следовательно, социальная дезадаптация это — нарушение нормальных отношений человека с обществом, вследствие этого происходит возникновение трудностей общения и взаимодействия с людьми. Социальная дезадаптация включает в себя, в частности, ухудшение личностных и деловых отношений человека с людьми, невозможность выполнения ими своей работы на достаточно высоком уровне, с учетом предъявляемых к ней требований, нарушение социально — ролевого и полоролевого взаимодействия с людьми. Наиболее сложный — первый этап вузовского периода. Он связан

с коренной ломкой сложившихся представлений, привычек школьника, необходимостью менять и перестраивать свое поведение и деятельность, «входить» в новые условия. Главной и вполне осмысленной целью первокурсника становится овладение способами и приемами учебной деятельности, приобретение нужной системы фундаментальных знаний, овладение социальным статусом студента. У студентов младших курсов отношение к будущей профессии не носит еще выраженного характера и соответственно мало влияет на их успеваемость. По словам Э. Шпрангера, данный период характеризуется тем, что на первый план выступает «кризис оторванности», чувство одиночества, которые во многом определяют особенности эмоциональных состояний юношей: склонность к крайним эмоциональным переживаниям, негативный эмоциональный фон, подавленность.

Адаптация к учебной деятельности предполагает одновременное воздействие целого ряда влияний, включающего в себя комплекс как субъективных (зависящих главным образом от самих студентов), так и объективных (в большей степени зависящих от внешних обстоятельств) факторов, к числу которых можно отнести содержание и организацию самой учебной деятельности в вузе. Между деятельностью учащихся в условиях вуза и школы имеются существенные количественные и качественные различия. В вузе выше интенсивность умственной работы, большой объем усваиваемых знаний, имеется, как правило, резко выраженная неравномерность нагрузки, крайне возрастающей в период сессии. Качественные различия характеризуются резким изменением круга изучаемых предметов, а также появлением профилирующих предметов, с которыми студент связывает свою личную перспективу. Студенту-первокурснику при поступлении в вуз приходится приспосабливаться одновременно к новым требованиям, предъявляемым высшей школой, а также к новым условиям обучения и быта.

Оказать максимальную поддержку смогут студенты старших курсов факультета Клинической психологии, которые при помощи практических тренинговых занятий сгладят адаптационный период обучения первокурсников. Начиная с установления психологического климата (сближения в группе) и заканчивая тестовыми методиками, помогающими разобраться в себе и окружающих людях.

Цель: оказать психологическую поддержку студентам- первокурсникам факультета Клинической психологии КрасГМУ в адаптационный период обучения

Задачи: 1. Развитие способностей для успешного осуществления поставленных целей, превращении в самостоятельный социальный механизм. 2. Практическое использование участниками знаний, полученных в ходе тренинга, в реальных жизненных (тренинговых) ситуациях. 3. Получение участниками в ходе различных игр и при выполнении специальных упражнений опыта мышления, поведения и эмоционального реагирования, отвечающего успешной социальной адаптации. 4. Формирование оптимальной тактики целобразования в конкретных видах поведения и в жизни в целом.

План реализации: организация группы ведущих тренинга; разработка программы тренинга; запуск рекламы через сайт КрасГМУ; реализация планов практических занятий.

Ожидаемые результаты: успешная социальная адаптация, минимальный процент дезадаптации; успешное прохождение первой сессии. Целевая группа: студенты КрасГМУ.



## Инстинктивно-эмоциональные, бессознательные механизмы депривационной напряжённости современного общества

СИТНОВА И.В.

кандидат социологических наук, доцент кафедры психология, социология и государственное управления, Московский инженерно транспортный институт.

*Статья посвящена поиску факторов, которые определяют изменение когнитивного пространства политического общества в России. В том числе сделана попытка определить динамические компоненты когнитивного пространства через процессы интернет-мобилизации 2012-2013 гг. в Москве.*

*Ключевые слова: групповая референтность, психологическая инфляция (psychic inflation), циркулярная реакция, социальная диффузия (изоморфизм), напряжённость поля.*

К.Левин рассматривает когнитивное поле в рамках концепции научения<sup>1</sup>. Согласно теории поля все изменения общества обязаны своим возникновением определённым силам (направленным элементам), среди которых К.Левин выделяет два основных типа<sup>2</sup>, во-первых, силы связанные с самим когнитивным полем (силы, управляющие полем восприятия), и, во-вторых, силы связанные с определёнными валентностями (мотивами и потребностями). Все эти силы вызывают напряжённость эмоциональной компоненты депривационной напряжённости.

Депривационная напряжённость (инстинктивно-эмоциональные, бессознательные механизмы) является социально-психологической характеристикой состояний тревожности людей по поводу нарушения их прав. Состояния тревожности выражаются в эмоциональном переживании лишений в области благосостояния и свободы (абсолютная депривация) и переживаниями по поводу потери возможностей в росте благосостояния и меры свободы (относительная депривация).

В проводившихся в течение 2012 г. социологических опросах Фонда Общественного Мнения в России на тему прав и свобод личности, большинство россиян сочли наиболее важными те из них, которые гарантируют стабильность жизни. Важнейшими назывались право на бесплатную медицинскую помощь (56% опрошенных), право на труд (46%), право на социальное обеспечение в старости (44%), право на владение собственностью (42%), право на бесплатное образование и право на жизнь (по 39%). В свою очередь демократические гражданские права и свободы, такие, как право на свободу слова, на информацию, на свободное передвижение по стране, право на участие в управлении обществом и государством и даже право на защиту от незаконного аре-

ста и пыток, представлялись участникам опроса существенно менее значимыми (12–16%)<sup>3</sup>.

В настоящее время в литературе при описании проблем изменяющегося общества принято говорить о «коллективных травмах».

Так Эриксон под коллективной травмой понимает «удар по основной ткани социальной жизни, который нарушает узы удерживающие людей вместе и ограничивает преобладающее чувство общности». Это некоторая разновидность шока, проникающая в сознание людей медленно, это постоянное осознание того, что сообщество больше не существует как эффективный источник поддержки, и что исчезла важная часть «Я» индивида. «Мы» больше не существует в качестве связанной между собой пары «Я» и «Мы» как связанных клеток в большом теле сообщества<sup>4</sup>. Реакция на травму связана с невольным повторным переживанием события, которое просто невозможно оставить в прошлом<sup>5</sup>. Это событие будет похоронено в бессознательном, поскольку переживается иррационально в кошмарах и повторяющихся действиях (repetitive actions) переживающего травму человека. По данным ФОМ, проведённым в 2012 г. большинство россиян волнуют, в первую очередь, их личные интересы и потребности.

Проведенный опрос показал, что проблемы, наиболее волнующие россиян распределяются в следующей последовательности: рост цен на товары и услуги, опережающий рост доходов (68,5%), низкий уровень доходов, плохое материальное положение (59%), рост наркомании, алкоголизма (42,6%), низкий уровень медицинского обслуживания (41,7%), коррупция, взыточничество во властных структурах (40%), плохие жи-

1 Левин К. Теория поля в социальных науках «Речь» 2000. с.12

2 Левин К. Динамическая психология с. 270

3 <http://gtmarket.ru/news/2012/08/20/4900>

4 Erikson Kal. 1976/ Everything in Its Path, New York: Simon and Schuster. P. 153-154

5 Caruth Cathy, ed. 1995 Trauma: Eploalions in Memory Baltimore: Jopns Horkin Univerity Press с.14



личные условия, проблемы ЖКХ (37,9%), недостаточная социальная защита населения (35,5%) и др.<sup>6</sup>

Дж. Александр считает, что если травма возникает на уровне сообщества, то социальные кризисы становятся культурными кризисами. Травма не является результатом того, что некоторая группа людей испытывает боль, она есть результат острого дискомфорта, проникающего в самую сердцевину ощущения сообществом собственной идентичности<sup>7</sup>. Травмы всегда переживаются, воображаются, репрезентируются, постольку коллективная идентичность подвергается реалистичному пересмотру. Это означает, что будет иметь место повторное вспоминание коллективного прошлого, ведь память не только социальна и обладает текучестью, она ещё и глубинно связана с ощущениями «Я» в настоящем. Идентичность постоянно конструируется посредством встречи лицом к лицу с настоящим и будущим, посредством реконструкции более ранних периодов жизни. Когда коллективная идентичность оказывается перестроена, наступает период «успокоения». По мере того как исчезает возвышенный и обладающий мощным воздействием дискурс травмы, ее «уроки» объективируются в памятниках, музеях и собраниях исторических артефактов. Новая коллективная идентичность укореняется в сакральных местах и упорядочится посредством ритуальных процедур<sup>8</sup>. По данным ФОМ, проведённым в 2012 г. среди государственных и общественных институтов, которые должны нести основную ответственность за духовно-нравственное состояние общества, россияне чаще всего называли семью (67%), образовательные учреждения (48%), государственную власть (45%), СМИ (28%). Заметно реже в числе трех возможных вариантов упоминались религиозные институты (18%), общественные организации (6%), поп-звезды и другие образцы для подражания (3%)<sup>9</sup>.

П. Штомпка считает, что травма появляется, когда происходит раскол, смещение, дезорганизация в упорядоченном, само собой разумеющемся мире. Влияние травмы на коллектив зависит от относительного уровня раскола с предыдущим социальным порядком или с ожиданием его сохранения. Травма может возникнуть на биологическом, демографическом уровне коллективности, проявляясь в виде биологической деградации населения, эпидемии, умственных отклонений, снижения уровня рождаемости и роста и смертности и голода. Она может нарушать сложившиеся каналы социальных отношений, социальные системы, иерархию и др. Если происходит нарушение порядка, символы обретают значения, отличные от обычно означаемых; ценности теряют ценность, требуют неосуществимых целей, нормы предпри-

сывают непригодное поведение, жесты и слова обозначают нечто, отличное от прежних значений; верования отвергаются, вера подрывается, доверие исчезает, харизма терпит крах, идолы рушатся<sup>10</sup>. По данным исследования ФОМ, главной жизненной ценностью для молодежи является финансовое благополучие, в то время, как пожилые россияне в большей степени верят идеалам справедливости и мира. Люди среднего возраста больше всего ценят стабильность. Несмотря на разницу в жизненных приоритетах представителей разных возрастных групп, на первом месте у большинства россиян оказались семья (64%), безопасность (51%) и достаток (43%)<sup>11</sup>.

Механизмом формирования коллективной травмы является психологическая инфляция (psychic inflation) или циркулярная реакция (эмоциональное кружение) - взаимное заражение, передача эмоционального состояния на психофизиологическом уровне контакта между организмами<sup>12</sup>. Циркулировать может веселье, скука, страх, ярость и др. Эмоциональное кружение стирает индивидуальные различия, ситуативно снижается роль личностного опыта, индивидуальной и ролевой идентификации, здравого смысла. Индивид чувствует и реагирует «как все». Происходит эволюционная регрессия<sup>13</sup>, т.е. актуализируются низшие, филогенетические более примитивные пласты психики, происходит дифференциация и снижение уровня организации личности или осуществляется «переход от единства, основанного на организации деятельности, к единству, основанному на простой взаимозависимости». Сужение сферы деятельности и интересов, например в результате длительной безработицы приводит к зависимости от текущей ситуации. Сужение жизни в плане воображения указывает на фактическое исчезновение в жизненном пространстве измерения «идеальное/реальное». Сужается пространство свободного передвижения в плане доступный и недоступных областей жизненного пространства. Безработный сужает сферу своей деятельности в гораздо большей степени, чем требует экономическая необходимость. Временным и относительно слабым сдвигом в этом направлении может быть «слепота» к реальности, характерная для очень сильных эмоций. В эмоциональной ситуации разрушается «экономичность действия», индивид как бы «взрывается», не особо заботясь об эффективности и адекватности своего поведения как средства достижения той или иной цели. Происходит «уход от реальности».

Оптимальное соответствие личности и окружающей среды позволяет индивидууму удовлетворять актуаль-

6 <http://gtmarket.ru/news/2012/08/20/4900>

7 Александр Дж. Культурная травма и коллективная идентичность // Социологический журнал №3. 2012, с.18

8 Александр Дж. Культурная травма и коллективная идентичность // Социологический журнал №3. 2012, с.38

9 <http://gtmarket.ru/news/2012/08/20/4900>

10 Штомпка П. Социальное изменение как травма // Социус 2001. №1.

11 <http://gtmarket.ru/news/2012/08/20/4900>

12 Назаретян А.П. Психология стихийного массового поведения. – М. «АКАДЕМИЯ», 2005. С.20

13 Термин регрессия в психологии обозначает примитивизацию поведения, возвращение к менее зрелой стадии, которую индивид уже перерос.



ные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели (при сохранении психического и физического здоровья)<sup>14</sup> позволяет избежать психологической травмы, если же этого не происходит, начинают развиваться психосоматические болезни.

Психика открывается именно в кризисные ситуации культуры, когда в ней происходят определённые сдвиги, появляются «некоторые экзистенциальные дыры», через которые можно наблюдать новые психические явления, до сих пор скрытые рациональными установками и идеологиями культуры<sup>15</sup>. Бурлакова и Олешкевич пишут, что «такие состояния обычно воспринимаются как некоторые отклонения от нормы или как патологические психические явления. Но если принимать клинический феномен в расширенном смысле, то часто можно увидеть, что нынешняя психологическая норма когда-то была обозначена как патология»<sup>16</sup>. Именно в кризисных ситуациях психика и оказывается доступной для ее исследования. Эти изменения можно наблюдать вместе с динамическими изменениями в культуре, вместе со сдвигами в ценностных ориентациях, поскольку носителем культуры является психика.

Александр<sup>17</sup> изучал роль психических факторов в этиопатогенезе желудочно-кишечных, дыхательных, сердечно-сосудистых расстройств<sup>18</sup> и сделал вывод о том, что, во-первых, психические факторы, вызывающие соматические расстройства, имеют специфическую природу и включают определённое отношение пациента к окружению или собственной личности. Во-вторых, подавление эмоций и потребностей вызывает хроническую дисфункцию внутренних органов. И, в-третьих, актуальные жизненные ситуации «пациента» оказывают только ускоряющее действие на расстройства. От напряжения, испытываемого под воздействием различных сил (внутренних и внешних), Эго оберегает себя с помощью психологической защиты, т.е. предохранения личности, направленное на предупреждение расстройств поведения. Психологическая защита проявляется в тенденции человека сохранять привычное мнение о себе, отторгая или искажая или искажая информацию, расцениваемую как неблагоприятную и разрушающую первоначальное

представление о себе и других. Средством для этого служат защитные механизмы, которые сохраняют баланс между внешними (социальными силами), действующими на человека и внутренними (бессознательными). Данный механизм реализуется в форме специфических приёмов переработки информации, которые могут предохранять личность от стыда и потере самоуважения.

Проявление механизмов защиты по Р.М. Грановской<sup>19</sup> может опосредованы:

1. Неблагоприятными факторами, которые не воспринимаются или не осознаются;
2. Дискомфортом, возникшим в процессе адаптации, связывается с определённым лицом или объектом;
3. С переосмыслением ситуации, позволяющей снизить её отрицательное эмоциональное влияние;
4. Со снижением мотивации, подавлении нереализованных склонностей и желаний.

Новикова Л.<sup>20</sup> описывает механизмы психологической защиты личности в условиях тоталитарного режима и называет среди них такие как «рационализация», «морализация», «смещение», «слияние» и «идентификация с агрессором» (включение во внутренний мир взглядов, мотивов, установок угнетателя); «идеализация» («сливание» с силой в том числе с ее олицетворением – лидером, который всемогущ и благосклонен, может помочь и спасти); «изоляция» (уход от реальности, от страшного мира террора и подавляющей идеологии в какое-то «лучшее» место); «изоляция аффекта» (удаление эмоций из сознания в определённых ситуациях, из общественного сознания вытравливалось ощущение трагизма происходящего в стране, спускали вниз оптимизм, - «не надо драматизировать», «отдельные недостатки» и др.); «раздельное мышление» (две противоположные установки не соединяются и противоречия между ними не осознаются); «отрицание» (не желание видеть факты которые травмируют); «вытеснение» (забывание, вытеснение из сознания неприятных вещей); «расщепление» (чёрно-белое восприятие мира, без полутонов, это ведёт к конфликтам, к жестокости, к простым, насильственным решениям вопросов, привычке «рубить узлы»); «самоограничение» (человек не пытается действовать в тех обстоятельствах, где он, как ему кажется, может преуспеть); «компенсация» (прикрытие своих слабостей в одной сфере за счёт подчёркивания сильных сторон в другой); «проекция» (перенесение своих плохих качеств на другого); «автоагрессия» (перенаправление негативных чувств с внешнего объекта на самого себя, когда внешний объект несопоставимо сильнее, чем конкретный человек); «регрессия» (бессознательное возвращение в прошлое, когда кажется, что было хорошо).

14 Кузнецов А.А. Психология здоровья. КИУЭС. 2011. с. 126

15 Бурлакова Н.С. Олешкевич В.И. Уровни культурно-исторического анализа в клинической психологии // Вопросы психологии №6. 2012. с.40

16 Бурлакова Н.С. Олешкевич В.И. Уровни культурно-исторического анализа в клинической психологии // Вопросы психологии №6. 2012. с.40

17 Александр - американский психолог, в 1939 г. основатель Чикагского психоаналитического института, где положил начало первым психоаналитическим исследованиям психосоматических взаимоотношений в психоаналитическом аспекте.

18 Кузнецов А.А. Психология здоровья. КИУЭС. 2011. с. 133

19 Грановская Р.М. цит. По: В.А.Ганзен, 2000; Е.П.Ильин 2000.

20 Новикова Л. Механизмы психологической защиты личности в условиях тоталитарного режима // Вестник общественного мнения №3 (105) июль-сентябрь 2010 с.28-36.



## Взаимосвязь детско-родительских отношений и суицидальной активности у подростков

ХОХЛОВ Р.С.

студент Сочинского государственного университета

*Суицид является формой девиантного поведения, которая считается отклонением от общепризнанных норм и заданных стандартом юридическим, моральным и социальным. Зачастую поводом для суицидальных действий подростков является конфликты с родителями. У мальчиков чаще, и среди девочек – реже. В любом случае, отношения с родителями играют одну из главных ролей в формировании личности ребенка. Делается попытка объяснения феномена суицида в социально-психологических рамках, к примеру, с позиции детско-родительских отношений.*

*Ключевые слова: суицидальная активность, подростки, детско-родительские отношения, личность, кризис.*

Начало подросткового возраста приблизительно с 12 до 18 лет. Основной гранью личности, на коей базируется указанный этап, является начало формирования чувства идентичности (Эриксон, Вагин, и т. д.). С позиции психологии, данный возраст характеризуется «периодом взросления, бурными физическими и психологическими преобразованиями: половым развитием и созреванием, интенсивным физиологическим перестроением организма» [1]. В эту пору кризис идентичности являет собой актуальную проблему личности. И если ранее данное обстоятельство рассматривалось косвенно и не так подробно, то подростковый возраст, в связи с т.н. «физиологической революцией» и прочими внутренними переменами, в коллективе характеризуется сменой ролей, это зачастую влечет за собой спутанность идентичности. Подросток пытается понять свое место в этом мире, найти свое место в социуме, значительность своей индивидуальности. На данной стадии личность обращена на себя в наибольшей степени, нежели на внешний мир, в результате чего относится негативно к нормам и правилам. Взрослые, желая оказать помощь подростку в обозначенных проблемах, или же в других целях, порождают жесткое, а порой жестокое навязывание неприемлемых ролей. В итоге появляется неистовый протест, яростное сопротивление со вспышками агрессивного поведения, оно в свою очередь очень даже легко может обернуться против подростка.

Признаками неудачной идентификации могут быть: делинквентное, аддиктивное и суицидальное поведение, нас интересует последнее. Суицидом называется модель девиантного поведения, «которое можно считать отклонением от традиционных норм и заданных стандартом юридическим, моральным и социальным» (В.В. Деларю, 2004 г.). На эту тему много веков размышляло огромное количество людей, но проблема так и осталась непонятной до сих пор.

Суицидальное поведение – характеризуется «осознанными действиями, направляемыми мыслями о отнятии у себя жизни» [2, с. 143]. Состав этого явления делится на суицидальные действия и проявления: мысли, намерения, а также чувства и высказывания, различные намеки. В свой черед, суицидальные действия разделяют на суицидальные попытки и завершённый суицид.

Суицидальная активность – новое понятие и имеет два толкования. Первое: «Суицидальная активность – всякая внешняя либо внутренняя активность, которая направлена влечением лишить себя жизни» [3]. Следующее объяснение немного сложнее, но является более полным, чем предыдущее: «Суицидальная активность – вид авитальной активности, имеющая направленность на

сознательное прерывание своего биологического функционирования, т.е. жизни» [4]. Выделяют следующие формы суицидальной активности, которые характеризуются: суицидальными мыслями; суицидальными тенденциями; суицидальной готовностью; суицидальными попытками; завершённым суицидом. [5] Детско-родительскими отношениями называется «комплекс различных чувств родителей по отношению к своему ребенку, а также самого ребенка по отношению к своим родителям, свойств восприятия, осознания характера человека и поступков друг друга» [6]. Конфликт, являясь проблемой отцов и детей, между поколениями в целом нормален и неминуем, т. к. причина этому различные поколения. Вопрос в том, в какой форме протекает этот конфликт [7, с. 105]. Наилучшая родительская позиция базируется на основных трех требованиях: адекватности, гибкости и прогностичности [7, с. 106]. Адекватность родителей основывается на реалистичной и точной оценке качеств своего ребенка. Способность взрослых разглядеть, понять и относиться с уважением к индивидуальности своего чада. Гибкость родительских убеждений заключается в готовности и умении изменять стиль общения, способы воздействия на ребенка, поскольку он взрослеет. Условия жизни семьи также подвластны изменениям. Прогностичность позиции взрослого заключена в умении предусматривать будущие действия и осуществлять своевременные меры, собственно изменяя общий подход к ребенку, для полноценного развития ребенка. К тому же, тип семейного отношения (тактика воспитания) оказывают влияние на развитие личностных особенностей ребенка. Прохорова О.Г. обращает внимание на четыре типа: «диктат, опека, невмешательство, сотрудничество» [7, с. 110]. Диктат в семье имеет целью подавление одним членом семьи всех остальных членов. Нормой подобного типа является предъявление моральных норм, норм поведения в социуме. Но если диктат отталкивается от целей самого процесса подавления, от насилия, желания утвердить свое собственное превосходство над заведомо более слабым, то «на выходе» мы получаем грубого и лицемерного подростка. Если указанные защитные механизмы не справятся со своей задачей и диктат «раздавит» эту подростковую защиту, то произойдет крушение личностной самостоятельности, инициативности, не станет надлежащего чувства собственного достоинства, а также веры в себя. Такой подросток будет с трудом возвращать свои потерянные свойства, будет очень сложно развиваться.

Опека в семье воздействует на подростков, неся смысл ограждения их от окружающей среды. Все усилия родителей направляются на удовлетворение буквально всех потребностей своего ребенка. Личность формируется в подобной ситуации незначительно. Такой ребенок, как и при жестком диктате, сложно



адаптируется к коллективу и вообще ко внешней среде. У него отсутствуют самостоятельность и инициативность. Такие подростки, став взрослыми становятся отстраненными от решений личных вопросов, а также проблем семьи. Невмешательство в семье предназначено для отделения поколения родителей от детского, обеспечивая необходимую самостоятельность для будущей взрослой жизни. Преувеличением этой тактики является холодность родителей и безразличие к своему ребенку. Неготовность родителей быть воспитателями для детей. Вероятно, при определенных обстоятельствах, такая холодность может стать травмирующим фактором для ребенка. Он будет думать, что никому не нужен, в будущем возможно будут предприниматься попытки «заработать» любовь своих родителей, окружающих и друзей. Сотрудничество является такой системой взаимоотношений в семье, которая полагает «опосредованные межличностные отношения в семье общей целью и задачами коллективной деятельности, ее организацией и высокие нравственные ценности» [7, с. 112]. При таком типе взаимоотношений, дети способны преодолевать свой эгоистичный индивидуализм. На таком фоне дружелюбной обстановки, где каждый может попросить помощи у другого, где родители взаимодействуют на равных со своими детьми, возможен и благоприятный итог.

Согласно Платонову, существуют пять социально-психологических типов семьи, в которых в полном объеме возможны появления так называемой суицидальной активности:

1. «Дезинтегрированная семья, характеризуется обособленностью ее членов, формальностью отношений, отсутствием эмоциональных связей между ними. В особенности, опасная ситуация может сформироваться в частично дезинтегрированных семьях, в которых кто-то оказался один перед объединившейся против него родней» [8, с. 190–191].

2. «Суперинтегрированная семья, отличается нарушением чувства личной автономности ее членов, настолько «вжившихся» друг в друга, что даже не думают о жизни отдельно. В таких семьях смерть одного члена обнажает беспомощность другого» [8, с. 191].

3. «Дисгармоничные семьи, это рассогласование целей и потребностей ее членов, отсутствие взаимной направленности на общность и согласие, нежелание поступиться своими интересами и привычками. В указанных семьях лидирующие члены семьи зачастую навязывает другим свои привычки, требуют изменить поведение, стремятся заставить остальных членов семьи, чтобы те вели себя в соответствии с недопустимыми для них ценностными ориентациями» [8, с. 191].

4. «Закрытая самодостаточная семья – для своих членов такая семья является главной сферой приложения сил и единственным смыслом жизни, а все остальное (работа, отношения внутри семьи и пр.) – расценивается лишь как средства для того чтобы поддерживать и обеспечивать семейное благополучие. Появление какого-либо кризиса в основной области жизнедеятельности – семье – может закончиться для ее членов опасной суицидальной ситуацией» [8, с. 191].

5. «Консервативная семья – отличительной чертой которой является неумение адаптироваться к переменчивым внешним условиям. Вовлечение одного из членов такой семьи в конфликтную ситуацию, развернувшуюся вне семьи, остальные члены семьи по причине своих консервативных принципов не могут помочь ему и дистанцируются от конфликта либо встают на сторону противника. Такая ситуация может восприняться как предательство и закончиться самоубийством» [8, с. 191].

Все вышеуказанные социально-психологические виды семей бывают внешне благополучными либо не благополучными. «Описание неблагополучных семей, т. е. таких семей, где детям плохо, достаточно разнообразно – это может быть семья, в которой родители очень жестоко обращаются с ребенком, не уделяют время воспитанию, где родители живут аморально, эксплуатируют детей, бросают своих детей, угрожают им «для их же блага», не формируют условия для полноценного развития и т. п. Неблагополучие семьи рождает много проблем в поведении ребенка, его развитии, образе жизни и влечет за собой нарушение ценностных ориентации» [9]. Но, вероятно, что ребенок из подобной неблагополучной семьи уснив что от него нет и не будет проку может проявить и суицидальную активность. Понимание своей ненужности зачастую порождает заниженную самооценку, чувство одиночества и чувство неудачи. Также, кризис аутентичности – эффект мрачного, безрадостного будущего – способен сыграть роль катализатора в развитии суицидальной активности.

### Список литературы:

1. Копылова Ю.С. Особенности переживания негативных эмоций в подростковом возрасте. – Пермь: ПГУ, философско-социологический факультет: Психологическая лаборатория. 2008 г.
2. Зимановская Е.В. Девиантология: (психология отклоняющегося поведения) уч. Пос. для студ. Высшего уч. Зав.: – 2-е изд. М.: издательский центр «Академия», 2004 – 288 с., с – 143.
3. <http://olga-kamchatka.narod.ru/psy/suicide.doc>
4. <http://www.tiphoanaliz.narod.ru/slovar.html>
5. <http://tiphoanaliz.narod.ru/lit/aa/aa6.html> – Вагин Ю.Р. Авитальная активность. Пермь: Изд-во ПРИПИТ, 2001. – 292 с.
6. [http://www.psycheya.ru/lib/sozav/sozav\\_2.htm](http://www.psycheya.ru/lib/sozav/sozav_2.htm) – Бerezин С.В., Лисецкий К.С., Назаров Е.А. Психология наркотической зависимости и созависимости. Монография. – М.: МПА, 2001.
7. Прохорова О.Г. Мы и наши дети: как построить отношения в семье. – СПб: КАРО, 2007, – 160 с. с. – 105 – 112.
8. Платонов Ю.П. Социальная психология поведения. – СПб.: Питер, 2006, – 464 с. с. – 190 – 191.
9. <http://revolution.allbest.ru/sociology/00018467.html> – Семейное неблагополучие как фактор девиантного поведения.

The relationship of parent-child relationships and suicidal activity among adolescents

Hohlov Roman Sergeevich

Sochi State University student

Suicide is a form of deviant behavior, which is considered a deviation from the generally recognized norms and standards specified legal, moral and social. Often the reason for suicidal adolescents is action conflicts with parents. Boys more often among girls - less. In any case, relationships with parents play a major role in shaping the personality of the child. Attempts to explain the phenomenon of suicide in the socio-psychological framework, for example, from the perspective of the child-parent relationship.

Keywords suicidal activity, teens, parent-child relationship, the identity crisis.



## Развитие символической функции у детей дошкольного возраста

НОВИКОВА Т.В.

Педагог психолог Государственного Бюджетного Образовательного Учреждения Центра Диагностики и Консультирования «Участие»

*В докладе представлен анализ практического опыта работы с детьми дошкольного возраста с юнгианской позиции с применением сухого бассейна. Рассматривается специфика терапевтической работы с детьми, которым в силу уровня развития психики и в силу интеллектуальной незрелости, недоступна сюжетная игра. Психика таких детей наполнена недефинированными кластерами объектов, которые сложно спроецировать на игрушки, а игровая и песочная терапия недоступна. В сухом бассейне ребенок погружен полностью, он может двигаться как в лоне у матери. Крупные предметы: палатка, большие мячи и разноцветные маленькие мячики – с этими предметами можно взаимодействовать телесно. Здесь рождается переходное пространство – от предмета – к бессознательному ребенка, от моторной деятельности – к символической игре.*

*Ключевые слова: **двойственное единство** (по Малер М.) – симбиотическое единство матери и ребенка, насыщающее ребенка качествами всемогущества, в котором имеется смутное ощущение симбиотической половины «Я»; **дифференциация** (по Малер М.) – первая субфаза процесса сепарации (5 – 9 мес) – индивидуации, характеризуется внутренним и внешним отделением «Я» от «не-Я»; **проекция** (Projection) – психологический процесс, в результате которого внутреннее бессознательное психическое содержание приписывается внешним объектам с целью защиты или с целью развития и интеграции; **самость** (self) – центр, источник всех архетипических образов и врожденных психических тенденций структурирования, порядка и интеграции; **симбиотическая фаза** – 2-ой – 5-ый месяцы жизни – неспособный провести четкое различие между собой и матерью, ребенок переживает (галлюцинаторно) соматическое и психическое слияние с матерью. Мать «симбиотически организует» личность младенца; **символическая функция** (symbolic function) – способность организовать свой опыт в игре, где ребенок на сенсомоторном уровне демонстрирует с помощью конкретных предметов, которые являются символом чего-то другого, то, что он когда-либо прямым или косвенным образом испытал; **целостность** (Wholeness) – возникающее ощущение психической сложности и полноты, которое развивается на протяжении всей жизни.*

В практике терапевтической работы с детьми с применения юнгианского анализа в нашем центре возникает проблема, так как многие дети, приходящие на коррекцию, имеют недостаточное развитие символической функции [1] в силу низкого уровня развития психики и, часто, общей интеллектуальной незрелости. Исходя из теории Биона [2], можно понять, что психика таких детей наполнена недифференцированными кластерами объектов, которые сложно спроецировать на игрушки, а игровая и песочная терапия становится недоступна. Анализ сновидений затруднен, так как сны такие дети часто не помнят. Таким детям неинтересно заниматься их разбором, к тому же, зачастую, уровень их речевого развития не дает им возможность передать содержание сна в вербальной форме.

До того, как психолог прошел обучение в МААПе техникам детского анализа, коррекционная работа с ребенком сводилась чаще всего к предметно – манипулятивной игре. Юнгианский подход позволил по-новому взглянуть не только на игровую деятельность ребенка, но и особое внимание обратить на игры в сухом бассейне. В сухом бассейне ребенок погружен полностью, он может двигаться в нем, как в лоне у матери. Круглая

форма бассейна отсылает нас к образу самости, к образу симбиотического двуединства матери и ребенка. Крупные предметы: палатка, большие мячи и разноцветные маленькие мячики – с этими предметами можно взаимодействовать телесно – являются более простыми для восприятия. В результате анализа такой игры с юнгианской позиции, контейнирования переживаний ребенка, создание принимающей и безопасной атмосферы произошло положительное изменение динамики развития у детей и через некоторое время дети переходили к сюжетно-ролевой игре, что позволяло психологу работать с ними уже на символическом уровне, а так же давать интерпретации и прорабатывать ранее недоступный для осознания материал.

Так произошло рождение переходного пространства: от предмета – к бессознательному ребенка, от моторной деятельности – к символической игре.

Рассмотрим пример.

Мальчика 5 лет привела на занятия в центр в 2010 году бабушка с жалобами на страх ребенка перед мужчинами, особенно он боялся дворников; так же ее волновало поведение ребенка – он был абсолютно не-



управляемый. Делал только то, что хотел сам. Бабушку раздрожало, что ребенок постоянно задает одни и те же вопросы, рассуждает на одни и те же темы – метро, трубопроводы, смена дорожного покрытия. Бабушка с ним не справлялась. Как способ воспитания использовала угрозы, что оставит его или отдаст полиции. Мать практически не принимала участие в воспитании ребенка, по отношению к нему была амбивалентна. С самого рождения обязанности матери выполняла бабушка. Отец в воспитание мальчика не участвует.

Занятия психолога ребенок посещал с удовольствием, но стремился взаимодействовать по своим правилам, систематически нарушал правила и границы: отказывался уходить из кабинета по окончании занятия, специально ломал игрушки, кидался на специалиста с кулаками, прижимался к нему, не видя разницы между своим телом и телом психолога.

Демонстрировал интересы, которые не являются обычными для его возраста – названия станций метро, имена популярных исполнителей, названия спортивных игр – «бильярд», «кий».

Игровая деятельность была представлена несколькими шаблонными сюжетами, в которых он проигрывает тревожный для себя материал. Особенно его привлекала игра в сухом бассейне (круглом), посередине которого находилась палатка. Постепенно возникал сюжет, в которой он плывет на корабле (палатка) и тонет, а психолог должен его спасти.

Терапевтическая работа заключалась в установление границ – начиная с границ своего тела, кончая социальными правилами и нормами. Создания безоценочной ситуации, в которой ребенок может свободно проигрывать тревожащие его события раз за разом [3]. Опыт игры в бассейне позволил ребенку интегрировать свой негативный опыт взаимодействия с материнской фигурой, научиться справляться с деструктивными влечениями. В этом году ребенок пошел в массовую школу, он

стал способен принимать правила, действовать по ним, научился выражать свои негативные чувства социально одобряемым способом, страхи перед мужчинами нивелировались. Мать включилась в воспитание ребенка, в занятиях с психологом больше нет необходимости.

Таким образом пространство сухого бассейна круглой формы дает возможность ребенку регрессировать на симбиотический уровень функционирования психики [4]. Дети начинают с младенческой игры в бассейне на занятиях – ползание, перевороты, манипулирование маленькими шариками. Принимающая установка психолога, нахождение в круге, удовольствие от движения собственного тела позволяют восполнить недостаток материнской любви. Дети, через активное движение и контактирование с объектами сухого бассейна, получают возможность лучше осознать границы своего тела, принять его, почувствовать свою целостность, что в свою очередь создает предпосылки для прохождения следующих этапов созревания психики и способствуют развитию символической функции.

#### Список литературы:

1. Новые направления в игровой терапии: Проблемы, процесс и особые популяции / под ред. Г. Л. Лендретта. Пер. с англ. – М. Когито-Центр, 2007 стр 22-24, стр 41-49
2. Bion W. R. (1963) Elements of Psycho-Analysis. London: William Heinemann.
3. Виникот Д. В. Маленькие дети и их матери / пер с англ. Н. М. Падалко. – М. : независимая фирма «Класс», 2013
4. Малер Маргарет С, Пайн Фред, Бергман Анни. Психологическое рождение человеческого младенца: Симбиоз и индивидуация. Пер с англ. – М. : Когито-Центр. 2011, 2011.

## *The development of symbolic function in preschool children*

NOVIKOVA TATIANA V.

Teacher psychologist State Budgetary Educational Institution of the Centre for Diagnosis and Counseling «Part»



## О терапии психосоматозов через призму теории о сценариях

ЗУЙКОВА Н.Л.

к.м.н., доцент, зав. каф. Психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии Факультета повышения квалификации медицинских работников Российского Университета Дружбы Народов (РУДН); Сертифицированный в Европе трансактный аналитик, тренер и супервизор ((P)TSTA; EATA); Председатель МОП-объединения психотерапевтов, психологов и социальных работников; врач-психотерапевт (Москва).

Как известно, неизбежно возникающие жизненные трудности, становящиеся болью существования, порой вызывают настолько тягостную фиксацию и душевный разлад человека, что негативные эмоции способны при определенных условиях вызывать соматизацию аффекта в виде психосоматических реакций и психосоматических заболеваний, которые все чаще в практическом формате называют психосоматозами. В существующих классификациях практически значимым считаем выделение больших психосоматозов или, собственно психосоматических заболеваний, к которым единодушно в мире относят: артериальную гипертензию, ЯБ 12-перстной кишки и желудка, бронхиальную астму, сахарный диабет, ревматоидный артрит, неспецифический язвенный колит, нейродермит; большинство авторов так же считают таковыми ИБС, тиреотоксикоз, некоторые формы онкологии, нервную анорексию и булимию и др. Еще более разнообразен круг малых психосоматозов - обратимых, кратковременных психофизиологических реакций, невротических симптомов-синдромов, с коими приходится сталкиваться любому из нас: головная боль, головокружение, тошнота, тахикардия, спазмы в желудке или кишечнике, учащенное мочеиспускание, диарея, повышение температуры тела, ознобы, одышка, неврогенный зуд и прочая-прочая, на передний план клинической картины которых, выходят тревога, страхи, беспокойство и внутреннее напряжение. Психосоматозы весьма распространены во всем мире и имеют отчетливую тенденцию к росту и увеличению актуальности во всех возрастных группах. Так, по данным ВОЗ, до 50% обращающихся за медицинской помощью (в том числе и дети) страдают психосоматическими недугами. При этом, характерно, что они редко обращаются самостоятельно к психотерапевту или психологу в силу смещения внимания больных с психологического на «соматическое» Я и алекситимических личностных особенностей. Потому они склонны больше «обивать пороги» врачей общей практики, нежели посетить специалиста. Но неверно, думать, что проблемы психосоматики подвластны только психотерапевтам и психологам. Психосоматические по своему происхождению, но соматические по своим доминантным проявлениям, психосоматозы требуют системного подхода в духе современной био-психо-социо-духовной

парадигмы. Это предполагает междисциплинарное взаимодействие и ориентацию на комплексные программы терапии-сопровождения, которые сегодня пока больше декларируются, нежели осуществляются, а имеющееся нуждается в усовершенствовании. Применение ТА в психосоматике явно пока недостаточно разработано и используется на практике и исследуется так же незаслуженно мало. Хотя мы и наблюдаем все более широкое его применение в консультировании, психотерапии, наркологии. Так же нам видится, что понимание психосоматозов с точки зрения «психосоматического сценария», могло бы внести свою положительную лепту в развитие программ помощи этим одним из самых труднокурабельных и многочисленных пациентов. Анализ опыта коллег и собственная практика позволяет утверждать, что ТА в отношении психосоматических расстройств может быть достаточно эффективным, однако это требует от консультанта дополнительной подготовки, а от населения соответствующей и достаточной информированности-осведомленности. Психосоматический сценарий нельзя рассматривать отдельно от общего личностного сценария жизни. Но можно и нужно выделять отдельной темой, как проблемную зону жизни, которая может составлять основной контекст «боли существования» личности и являться психотерапевтической мишенью для трансактного аналитика. Психосоматический процесс - сложный конгломерат взаимосвязанных взаимосвязей и нельзя его сводить к вульгаризации рамок и интерпретаций «Психосоматического словаря». Конечно, бессознательное может напрямую «высказываться» через телесные проявления: например, человек «не хочет этого видеть» - и у него падает зрение, или он «избегает это слышать» - и у него ухудшается слух. И мы солидарны с Лиз Бурбо (1931 г.р.): «Если тело начинает говорить с нами языком болезней, симптомов и расстройств, то оно говорит нам, просит нас что бы мы изменили образ мыслей, образ чувств и поведения». Пациенты хорошо отзываются на предложения поразмышлять о тех или иных «сигналах», но стоит предостеречься, от буквального понимания терапевтических версий. «Слушать своё тело, твоего лучшего друга на Земле», как справедливо призывает Лиз Бурбо, и мы предлагаем делать это в несколько ушей и как предписывает нам зрелый Взрослый - тести-



ровать наши умозаключения и сигналы на их реалистичность. Неосмотрительный буквализм и терапевтическая близорукость, может стать признаком опасной некомпетентности. Как известно, любое психосоматическое заболевание является свойством человеческого организма как системы. Оно не выводится по отдельности ни из психических, ни из физиологических свойств индивида, его невозможно объяснить путем исследования свойств какой-то одной подсистемы. Только взаимодействие между этими подсистемами и окружающей средой может привести к новому состоянию организма, определяемому как психосоматическое заболевание или избавление от него. Посему, в работе с психосоматическими сценариями психотерапевту необходимо владеть специфической диагностикой и выделять его специфические черты для дифференцированной терапии. Целесообразно учитывать, что в современной психосоматике различают предрасположенность (уязвимость органа), разрешающие и задерживающие развитие болезни факторы. В формуле сценария диагностируем ранние родительские предписания, программу, подчинение, согласие следовать программе, важные поступки, подтверждающие подчинение и развязку. Здесь важно обнаружить ранние негативные решения, которые человек принимает в детстве в отношении сценарных паттернов поведения, мыслей, чувств и помочь ему сформировать убеждение о возможности их изменения и обнаружить к тому ресурсы и мотивацию. Поскольку, выход из негативного сценария потребует достаточно длительного времени, а уже сформировавшаяся болезнь не будет стоять на месте, важно исключить нередкое заблуждение - если ты понял причину болезни, это не значит, что не надо идти к врачу. Так как ТА основан на контрактном методе, при котором пациент и терапевт несут взаимную ответственность за достижение целей, то в работе с психосоматическими клиентами в терапевтическом контракте необходимо акцентировать внимание на наблюдении у медицинских служб. ТА рассматривает психосоматические заболевания как показатель (индикатор) повреждения раннего эго-состояния, в возрасте от 0 до 6 месяцев. На этом уровне развития существование в большей степени сосредоточено на теле, чем на более поздних этапах детского развития. Согласно Т. Тилне (Tony Tilney. Dictionary of Transactional Analysis. Whurr Publishers, 1998), многие психосоматические страдания локализируются в Ребенке (P1). Ребенок не вербализован, посему сложные чувства будут выражаться в простых и приводить к боли. Эго-состояние Ребенка в Ребенке (P1) называется «соматическим ребенком». Учитывая это, рекомендуем проводить релаксационные трансовые и гипнотические методики (регрессивный анализ с элементами гипноза). К примеру, автору со своей экзаменационной клиенткой, страдающей от язвенной болезни желудка, удалось регрессировать на глубокие довербальные слои ее архаического Ребенка, и вместе с тем, поддерживая раппорт,

снизить интенсивность желудочных болей до такой степени, что можно было затем использовать когнитивный компонент Взрослого и гештальт-техники. Об этом же находим и в работе Володина Б.В., который описал использование ТА и гипноза в онкологии, что расширяет и оптимизирует представления о наших возможностях в психоонкологии. Он, сертифицированный Трансактный аналитик, тренер и супервизор из Рязани подтверждает мнение Helen Harbison (1978), которая в своей работе «TA and Cancer», на основе личного опыта заболевания раком молочной железы и опыта других пациенток, доказывала, что базовым предписанием онкобольных является не предписание «Не живи», а – «Не получай удовлетворения своих потребностей». В связи с этим заболевание раком, не является финальной сценарной целью. Целью является не смерть, а сам процесс умирания. Больной верит в то, что, будучи умирающим человеком, он сможет удовлетворить наконец-то свои нужды и потребности. Нетрудно в подобной ситуации увидеть роли Жертвы и Спасителя, при этом последний в любой момент готов переключиться в Пре-следователя при отказе в получении помощи, о которой он предполагает, но не озвучивает. Е.Веге (1972) считал, что заболевание раком лежит вне сценария, однако вышеизложенное позволяет утверждать, что определенные сценарные элементы при этом присутствуют. Опыт показывает, что помимо предписания «Не получай удовлетворения своих потребностей» и возможного решения «Я удовлетворю их будучи умирающей», у женщин с раком молочной железы имеются послания «Не будь самой собой», «Не будь значимой», «Не чувствуй определенных чувств, в частности, горя». Об этом же говорит общеизвестный факт развития многих злокачественных новообразований в течение года после потери близких. Предписание «Не чувствуй» блокирует сильные эмоции, которые оставаясь неотреагированными могут вызывать повреждение иммунной системы. Ведущий драйвер «Будь сильной», работающий совместно с посланием «Не чувствуй» приводит к тому, что пациентки либо вовсе перестают что-либо чувствовать, либо, - все же переживая ряд эмоций, - испытывают большие трудности в выражении их. Так же мы наблюдаем здесь драйверы – «Радуй других» и «Будь совершенной. Для диагностики важно уметь так же отследить связь «предрасположенность-личность-ситуация» и факторы, способствующие развитию болезни и ограничивающие ее. Сам Эрик Берн ввел понятие сценарные сигналы, т.е. телесные признаки, указывающие на то, что человек вошёл в сценарий. Он настоятельно рекомендовал внимательно наблюдать за пациентом и сверять свои наблюдения с ощущениями консультируемого. Важно выяснять, что означает для самого пациента его глубокий вдох, изменение положения тела или напряжение какой-то ее части, а не навязывать свои версии. Об этом же находим в статьях из старейшего Европейского журнала Трансактного Анализа: «Психо-



соматические нарушения и трагические сценарные расклады», «Заболеть «как спасательный люк» (Лаура Каулз-Бойд (1980г.;1982г.); «Трансактный анализ и взаимосвязь сознание-тело» (2007г.); «Психосоматический континуум: патология, лечение, предупреждение» (2010г.). Там же президент ЕАТА Марко Мацеретти, опубликовал совсем недавно работу: «Трансактный анализ и психосоматическая медицина: случай псориаза», которая раскрывает некоторые нюансы данной проблемы. Необыкновенно полезной для работы с психосоматическим сценарием является и теория эпискрипта Ф.Инглиш. F.English (1969г.)называет эпискрипт «сжатой версией сценария человека, включая трагический финал, который индивид пытается передать кому-то, как он передал картофель, слишком горячий, что бы держать его в руках». Издателем эпискрипта является «Профессор», который пытается компенсировать деструктивные последствия сценария волшебными средствами, веря, что если проклятие может быть передано, то ему не нужно будет страдать от его зла. Имеющиеся собственные наработки в этом направлении, когда видим, к примеру, как дочь заболевает раком, переживая за облученного отца, который, несмотря на профессиональную вредность, остается здоровым, требует дальнейших исследований. Т.о., анализ представленных работ и собственный опыт позволяет утверждать, что ТА в отношении психосоматических расстройств поддерживают гипотезу обусловленности их психологическими и аффективными нарушения-

ми и ориентирует консультантов на интегративный и целостный подход. Мы считаем, дабы помочь страдающему тем или иным психосоматозом выполнить запрос на изменение психосоматического сценария необходимо выстраивать лечебный план, опираясь на следующие практические принципы работы: во-первых, помнить о «командности» и ресурсности-ответственности трех сотрудничающих «участников» терапии: пациента, интерниста и психотерапевта. Во-вторых, необходимо разумно сочетать ТА с трансовыми и телесно-ориентированными методиками. И если сам трансактный аналитик не владеет телесно-ориентированными приемами, то он на уровне заключения контракта договаривается с пациентом о том, как тот обеспечит «работу с телом». Так же трансактный аналитик, берущий на себя ответственность работы с психосоматическими пациентами, обязан владеть релаксационными методиками, к примеру, проводить сеансы «гипноза-отдыха», аутотренинга, музыкотерапии, сеансы Эриксоновских трансовых и ресурсных состояний, психотерапевтических медитаций. Третьим принципом является принцип терапевтического комплаенса, т.е. продолжающееся во времени добровольное и активное следование человека коллегиально выработанному режиму лечения и образу жизни. Автономный здоровый стиль жизни в соответствии с личностными особенностями и предпочтениями в его наполнении - вполне достижимый результат позитивного сценария эффективной терапии психосоматозов.

## ***About psychosomatosis' treatment through the prism of the theory of scripts***

**NADEZHDA ZUYKOVA**

PhD; Associate Professor; Head of the Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology Department, Faculty of Raising the Level of Medical Workers' Professional Skills, Peoples' Friendship University of Russia; Certified in Europe Transactional Analyst, Trainer and Supervisor ((P)TSTA, EATA); Head of the Moscow Association of Therapists, Psychologists and Social Workers; psychotherapist (Moscow).



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

**Список участников: от Ж до К включительно**

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЛИГА**

Москва, 17–19 октября 2014 г.

**Преодоление чувства одиночества  
людьми пожилого возраста посредством  
клиентоцентрированного консультирования.  
Анализ случая.**

**Жигулина М.А.**

*Психолог-консультант Государственного  
бюджетного учреждения «Московская служба  
психологической помощи населению», магистр  
психологии. Россия, Москва*

Доля пожилых людей в общей численности населения планеты постоянно увеличивалась на протяжении всего XX века. Эта тенденция сохраняется и в XXI веке. В 2006 году доля москвичей старше трудоспособного возраста составляла 18.4%, в 2011 уже 23,5%. Это свидетельствует о продолжающемся процессе старения популяции Москвы. Устойчивой характеристикой пожилых людей как социальной группы является одиночество. По достижении пенсионного возраста у большинства людей происходят значительные изменения их социальных ролей, характере межличностных контактов, окружающей обстановке и условиях жизни. Все это может приводить к потере, ранее сформированных жизненных целей и смыслов. Интегрированная и дифференцированная оценка социально-психологических особенностей лиц пожилого возраста выявляет их преимущественную ориентацию на внутренние переживания, часто неадекватное эмоциональное реагирование на ситуации социальной среды.

На этом фоне особую актуальность приобретает поиск эффективных способов и методов преодоления этого явления. Средства и методы, помогающие преодолевать чувство одиночества, как правило, носят когнитивно-бихевиоральный характер. Их основная цель - показать человеку дисфункциональность его мыслей, привычных паттернов поведения и сделать возможным их исправление. Терапевтические воздействия скорее направлены на устранение негативных последствий феномена. В то же время, наличие взаимосвязи между переживанием чувства одиночества людьми пожилого возраста и самоотношением, являющимся характеристикой Я-Концепции

позволяет утверждать, что там, где в основе дифференцируются негативные переживания, клиент-центрированное консультирование является эффективным средством оказания психологической помощи.

Использование клиент-центрированного консультирования как метода исследования позволяет отслеживать изменения, происходящие у клиента в процессе преодоления чувства одиночества, что позволяет консультанту более эффективно выстраивать помогающие отношения. Метод анализа единичного случая позволяет при исследовании такого многогранного, глубокого феномена как чувство одиночества, увидеть уникальность переживаний личности.

Теоретический анализ и результаты экспериментального исследования показывают возможность преодоления чувства одиночества людьми пожилого возраста посредством клиент-центрированного консультирования, при котором создаются необходимые и достаточные условия, приводящие к личностным изменениям, повышающим зрелость Я-концепции.

Overcoming loneliness the elderly by the client-centered counseling. Case analysis.

Zhigulina Marina Andreevna

Counseling psychologist State Budget Institution «Moscow office of psychological help to the population», master of Psychology, Russia, Moscow.

**Особенности подготовки супервизоров**

**Жуков А.С.**

*психолог, психотерапевт единого реестра  
профессиональных психотерапевтов Европы,  
сертифицированный супервизор ОППЛ, доцент  
МОКПО, Россия, Новосибирск*

Супервизия-это один из методов теоретического и практического повышения квалификации специалистов в области психологического консультирования, психотерапии, а также анализ целесообразности и качества



используемых практических подходов и методов психологического консультирования, психотерапии. Теории рассматриваются на лекциях, описываются в учебнике, приёмы демонстрируются на практических занятиях, но психологическое консультирование, психотерапия, в процессы которых вовлечены два или несколько человек, не может быть изучена посредством традиционного способа преподавания. Необходима практическая деятельность под контролем супервизора, где цель супервизии – превратить специалиста в опытного психолога, психотерапевта, а не в опытного клиента.

Супервизия – это особое вмешательство и поэтому к супервизорам предъявляются особые требования: многолетний опыт практической деятельности, знания различных направлений психологического консультирования и психотерапии, умение исследовать свою аутентичность, умение выстраивать отношения доверительности, открытости и безопасности, соблюдение этических норм и правил.

Последнее является особенно важным, так как соблюдение этических норм способствует формированию позитивного общественного мнения. В тоже время в настоящее время относительно типа мотивации профессиональной деятельности на первое место выходит мотивация этическая, суть которой в обретении человеком смысла жизни, стремлении совершенствовать свою жизнь и жизнь других людей, а также мотивация профессиональным интересом. Последнее является наиболее перспективным для специалиста желающего стать супервизором.

Программа подготовки профессиональных супервизоров ОППЛ, проводящих групповую и индивидуальную профессиональную супервизию, создана в результате многолетнего опыта проведения полимодальной супервизионной группы в г. Новосибирске и в настоящее время реализована во многих городах России, Башкортостана, Украины и Казахстана. Она состоит из нескольких специализированных курсов: базовый курс подготовки профессионального группового супервизора, индивидуальный супервизор, независимая экспертиза.

Многолетний опыт реализации данной программы наглядно показал повышение эффективности деятельности супервизоров и специалистов проходящих супервизию. Сформирован высоко квалифицированный преподавательский состав, который продолжает работать по усовершенствованию программы обучения супервизоров.

#### Features of training supervisors

Alexander S. Zhukov

psychologist, full member of PPL, psychotherapist of European registration, certified supervisor of PPL, associate professor of International society for guided affective imagery and mental techniques in psychotherapy and psychology (Novosibirsk, Russia).

## Психотерапия и отечественная психолингвистика: возможности интеграции

**Журавлев И.В.**

*Старший научный сотрудник Отдела психолингвистики Института языкознания Российской Академии наук*

Психотерапия как междисциплинарная область теоретической и практической деятельности уже достаточно давно ассимилировала ряд достижений лингвистики и психолингвистики. В частности, одна из ведущих лингвистических теорий XX столетия – теория генеративной грамматики Н. Хомского – стала основой для одного из современных направлений психотерапии (НЛП). Достижения отечественной психолингвистики специалистам в области психотерапии менее известны. Однако именно отечественная школа психолингвистики, берущая своё начало в фундаментальных работах Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева, Н.И. Жинкина и фактически созданная А.А. Леонтьевым и его учениками, обладает огромным методологическим потенциалом, достаточным для нахождения эвристических решений в целом ряде областей, включая и такую область, как психотерапия.

В отечественной психолингвистике создана теория речевой деятельности, способная объяснять функционирование различных моделей порождения и восприятия высказывания. Данная теория не только описывает путь «от мысли к слову», но рассматривает речевую деятельность как взаимодействие общающихся индивидов, вовлеченных в совместную деятельность. Отсюда – пристальное внимание теории к фактору мотивации. При этом общение рассматривается не как передача информации от одного индивида к другому, а как процесс внутренней саморегуляции социума. Соответственно, и язык в отечественной психолингвистике рассматривается не как система средств кодирования и декодирования информации, а как система ориентиров, необходимая для деятельности человека в мире.

В фокусе рассмотрения психолингвистики поэтому неизбежно оказывается личность в ее соотношении со структурой и функциями речевой деятельности, с одной стороны, и языком как главной «образующей» образа мира, с другой (А.А. Леонтьев).

На современном этапе развития отечественной психолингвистики разрабатывается теория «языкового сознания», позволяющая анализировать структуру сознания индивидов и социальных групп, прогнозировать конфликты и распознавать ситуации манипулирования сознанием.

Для современной психотерапии эти достижения психолингвистики могут иметь существенное значение. Это касается рассмотрения психотерапии как совместной деятельности, а также изучения знакового опосредования процесса психотерапии, мотивации психотерапев-



тического процесса, структуры сознания участников психотерапевтического процесса и проблемы воздействия на сознание в ходе психотерапии.

Psychotherapy and national psycholinguistics:  
possibilities of integration

Zhuravlev Ignaty V.

Senior researcher at the Institute of Linguistics (department of psycholinguistics), Russian Academy of sciences

### **Магическое мышление и процесс психотерапии**

**Журавлева Ю.В.**

*Старший преподаватель Московского  
Гуманитарного института имени Е.Р. Дашковой*

Феномен магического мышления изучается в течение достаточно долгого времени. Существенный вклад в его исследование сделан выдающимися антропологами, культурологами, психологами, философами, языковедами (Дж. Фрезер, Л. Леви-Брюль, В. Вундт, Э. Кассирер, М. Элиаде и мн. др.).

Главные характеристики магического мышления — это особое «устройство» категорий пространства, времени, субстанции, причинности, а также особое строение образа мира, специфические формы классификации явлений, специфические представления о «Я» и «других».

Магическое или мифологическое мышление характерно для представителей определенных культур (первобытная культура, традиционные общества), некоторых социальных групп (секты), оно присуще ребенку (эти аспекты детского развития особенно детально были изучены Л.С. Выготским и Ж. Пиаже); кроме того, магическое мышление может быть признаком отклонений в психическом развитии и психических расстройств, например, шизофрении.

От выраженности признаков магического мышления могут зависеть коммуникативные стратегии, используемые субъектом в процессе производства и рецепции различных сообщений. В данном контексте можно изучать подверженность суггестии, подверженность манипулятивным воздействиям, склонность к полезависимому поведению, а также и разнообразные приемы, используемые субъектами для самопрезентации, презентации своей социальной группы или системы убеждений, привлечения внимания, привлечения в группу новых членов и т.п.

Поскольку процесс психотерапии основывается на коммуникации терапевта и клиента, он подвержен влиянию целого ряда факторов, включающих особенности и стиль мышления терапевта и клиента, их системы ожиданий, а также мифы, сформированные в их сознании и

формирующиеся в ходе терапии. Можно утверждать, что процесс психотерапии практически всегда мифологизирован, и в этом смысле психотерапия близка к различным традиционным методам лечебного воздействия (вспомним известное сопоставление психотерапии с магией). В тоже время психотерапия в целом направлена на достижение клиентом более зрелого, более объективного взгляда на мир. В этом заключается глубинная двойственность психотерапевтической практики: она одновременно является мифологизацией и демифологизацией, она создает и поддерживает терапевтический миф (как систему ожиданий и убеждений клиента, хотя бы отчасти недоступную для его рефлексии), но разрушает дисфункциональные убеждения и установки, развенчивает повседневные «мифы» клиента.

Magical thinking and psychotherapeutic process

Zhuravleva Julia V.

Senior lecturer at Dashkova Moscow Humanistic Institute

### **Аспекты практической работы с комплексом «хорошей девочки» в контексте интегрального нейропрограммирования**

**Зайцева А.С.**

*Ведущий специалист Центра Практической  
Психотерапии при Институте Инновационных  
Психотехнологий С.В.Ковалева, психотерапевт,  
член ППЛ. Москва, Россия*

В современном российском обществе можно выделить множество проблем, одной из которых является так называемый комплекс «хорошей девочки». Эта проблема весьма осложняет жизнь женщины и является достаточно частой причиной обращения за психотерапевтической помощью. Целью нашего доклада является прояснение алгоритма применения набора психотехнологий интегрального нейропрограммирования при работе с комплексом «хорошей девочки», а также описание результатов и эффектов, которые могут быть получены в ходе такой работы. Объект исследования — комплекс «хорошей девочки», предмет — аспекты практической работы с этой проблемой. Эффективно обеспечивать работу в этом направлении нам позволяет модель «Мерседес-СК», которая является одной из базовых в интегральном нейропрограммировании. Эта модель позволяет выявить и прояснить убеждения, модели поведения, состояния, образы «Я» и способы реагирования на окружение, присущие комплексу «хорошей девочки».

На основе данных, полученных в результате использования модели «Мерседес-СК», может быть предложен комплекс психотехнологий, позволяющий выявить полную картину комплекса «хорошей девочки» в каждом конкретном случае. А именно, речь идет о выяснении причины возникновения обусловленности в прошлом;



прояснении вторичных выгод клиента, целесообразности их коррекции, создании готовности для изменений и осуществлении таких изменений.

В интегральном нейропрограммировании сформирован подход, обеспечивающий эффективное решение поставленных задач. Данный подход получил реализацию в виде комплекса психотехнологий, объединенных в психотерапевтический метод С.В. Ковалева.

Модуль С.В. Ковалева начинается с прояснения имеющейся проблемы, куда входит проявление ее структуры и предпосылок, которые к ней привели. Далее идет формирование позитивного результата, как движущей силы изменений клиентки. Следующий шаг – это создание мотивации и готовности для осуществления этих изменений. После чего осуществляется работа с будущим и прошлым, куда входит проработка жизненного сценария, снятие обусловленностей и другие направления работы. Данный комплекс психотехнологий прошел апробацию на нескольких десятках клиентов. Результатом применения этого подхода явился положительный результат психотерапии, выраженный в виде значительного сокращения обусловленного поведения, состояний и убеждений. Можно сделать вывод о высокой эффективности интегрального нейропрограммирования при работе с комплексом «хорошей девочки».

### **Этический кодекс психотерапевта РФ – время официальных решений**

#### **Зражевская И.А.**

*профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии Факультета повышения квалификации медицинских работников Российского Университета Дружбы Народов.*

#### **Тер-Израелян А.Ю.**

*доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии Факультета повышения квалификации медицинских работников Российского Университета Дружбы Народов.*

#### **Березкин А.С.**

*заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии Факультета повышения квалификации медицинских работников Российского Университета Дружбы Народов.*

#### **Скворцова М.А.**

*интерн кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии Факультета повышения квалификации медицинских работников Российского Университета Дружбы Народов.*

#### **Топка Э.О.**

*преподаватель кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии Факультета повышения квалификации медицинских работников Российского Университета Дружбы Народов.*

На современном этапе в сфере оказания психотерапевтической помощи в РФ имеется ряд взаимосвязанных и взаимообуславливающих проблем, касающихся как нормативно-правового регулирования, так и образовательного процесса. Пристального внимания заслуживают и этические вопросы, возникающие в процессе обучения специалистов, а также деонтологические аспекты психотерапевтической деятельности. В условиях, когда защита психологических границ в психотерапевтическом процессе не обеспечена в достаточной мере нормативно-правовой базой, а, декларируемое в теории, четкое разделение между консультированием и психотерапией на практике отсутствует, возникает серьезная опасность злоупотребления властью над клиентом. По мнению авторов, удовлетворительный ответ на вышеуказанные вызовы может быть дан только с помощью комплекса координированных государственных мер:

#### 1. Правовой регламентации:

- принятия Федерального закона о психотерапевтической помощи;

- создания единого Этического кодекса психотерапевта РФ с последующим закреплением правомерности его существования законодательно в рамках Федерального закона о психотерапевтической помощи;

#### 2. Сближения учебных программ медицинских и немедицинских ВУЗов, осуществляющих подготовку лиц, которые предполагают впоследствии работать в сфере психотерапии, (включая, немедикаментозную психотерапию):

- для слушателей немедицинских ВУЗов обязательна серьезная подготовка по общей и частной психопатологии только в очной форме исключительно на базе кафедр психиатрии с включением в образовательные программы часов самостоятельной работы с пациентами психиатрических клиник и диспансеров для приобретения навыков общения с лицами, страдающими психическими и поведенческими расстройствами, а также умений дифференцировать эти состояния (например, на договорной основе между ВУЗами);

- в образовательных программах врачей–психотерапевтов необходимо увеличить количество часов по общей и клинической психологии для более серьезной и углубленной подготовки по этим дисциплинам;

#### 3. Стандартизации и унификации подходов к экспертизе качества оказания психотерапевтической помощи, разработки и внедрения единых федеральных критериев оценки её эффективности и качества;

#### 4. Увеличения количества междисциплинарных семинаров и конференций для психологов, психотерапевтов и психиатров, их активная поддержка в профессиональной среде.

#### 5. Усиления просветительской деятельности по этическим вопросам оказания психотерапевтической помощи не только среди профессионалов, но и среди населения.



Ethical code of psychotherapist of the russian federation – the time of the official decisions

Zrazhevskaya Inna Alexandrovna

Professor of the Department of psychiatry, narcology and psychotherapy of the Faculty of advanced training of medical workers of the Peoples' Friendship University of Russia

Ter-Israelyan Alexey Yurievich

Associate Professor of the Department of psychiatry, narcology and psychotherapy of the Faculty of advanced training of medical workers of the Peoples' Friendship University of Russia.

Berezkin Alexander Sergeevich

Head of the Department of psychiatry, narcology and psychotherapy of the Faculty of advanced training of medical workers of the Peoples' Friendship University of Russia.

Skvortsova Maria Arturovna

intern of the Department of psychiatry, narcology and psychotherapy of the Faculty of advanced training of medical workers of the Peoples' Friendship University of Russia.

Топка Эльвира Олеговна

Teacher of the Department of psychiatry, narcology and psychotherapy of the Faculty of advanced training of medical workers of the Peoples' Friendship University of Russia.

### **Работа в контексте интегрального нейропрограммирования с клиентами, получившими тяжелые физические травмы**

**Зудин А.В.**

*Мастер НЛПт, член ПППЛ, специалист Центра практической психотерапии при Институте Инновационных Психотехнологий. Россия, Москва*

В терапевтической практике встречаются случаи обращения людей, которые в результате тяжелых физических травм утратили здоровье, и чувствуют себя неспособными его восстановить. Актуальность данной темы вызвана потребностью человека в адаптации к новой или изменившейся реальности, возникшей как следствие получения им тяжелой физической травмы.

Важным направлением работы психотерапевта в таком случае является создание предпосылок для восстановления здоровья клиента, включая обретение им соответствующих способностей, доступа к необходимым ресурсам, готовности к достижению цели. Интегральное нейропрограммирование (ИНП) позволяет эффективно решить данную задачу, обеспечивая быстрые изменения и стабильный результат, получаемый клиентом.

Метод охватывает все направления развития, стадии жизни, уровни психотерапии, коды бессознательного. Методология ИНП позволяет выстроить работу с клиентами, получившими тяжелые физические травмы, комплексно и целостно. Особенности работы в контексте ИНП заключаются в том, что психосоматическое исцеление клиента включается в динамику его индивидуального развития, поддерживается его собственными целями, предпочтениями, смысловой мотивацией. При этом работа с клиентом не отвергает и не противоречит методам современной медицины. Напротив, медицинский подход включается в общую динамику исцеления, играя сопровождающую роль.

В работе важную роль играют принципы исцеления, которые приняты в ИНП. Согласно этим принципам, здоровье – это нормальное, естественное состояние клиента, и он сам способен восстановить собственное здоровье, работая с предложенными ему моделями (Мерседес-СК, Звезда Благополучия, ТОТЕМ, Русская матрица, Цикл бытия, Нейрологические уровни и др.). Доведение до клиента этих (и некоторых других) принципов, а также раскрытие для него моделей ИНП – одна из задач психотерапевта.

Исцеление клиента осуществляется за счет его адекватизация к существующей реальности с избавлением от деллюзий, а также созданию условий для перехода в следующую реальность, где его здоровье будет уже средством (способом жить), а не целью. В контексте терапии используется основной Модуль С.В. Ковалева в его расширенном варианте, для работы с психосоматическими расстройствами. Работа с выборкой 10 клиентов показала высокую эффективность применения ИНП с этой проблематикой. В результате применения вышеизложенного метода достигается качественное повышение витальности человека, как в отношении конкретной системы организма, здоровья в целом, так и в отношении жизнедеятельности.

### **О терапии психосоматозов чрез призму теории о сценариях**

**Зуйкова Н.Л.**

*к.м.н., доцент, зав. каф. Психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии Факультета повышения квалификации медицинских работников Российского Университета Дружбы Народов (РУДН); Сертифицированный в Европе транзактный аналитик, тренер и супервизор (P)TSTA; EATA); Председатель МОП-объединения психотерапевтов, психологов и социальных работников; врач-психотерапевт. (Москва).*

Как известно, неизбежно возникающие жизненные трудности, становящиеся болью существования, порой вызывают настолько тягостную фиксацию и душевный разлад человека, что негативные эмоции способны при



определенных условиях вызывать соматизацию аффекта в виде психосоматических реакций и психосоматических заболеваний, которые все чаще в практическом формате называют психосоматозами. В существующих классификациях практически значимым считаем выделение больших психосоматозов или, собственно психосоматических заболеваний, к которым единодушно в мире относят: артериальную гипертензию, ЯБ 12-перстной кишки и желудка, бронхиальную астму, сахарный диабет, ревматоидный артрит, неспецифический язвенный колит, нейродермит; большинство авторов так же считают таковыми ИБС, тиреотоксикоз, некоторые формы онкологии, нервную анорексию и булимию и др.

Еще более разнообразен круг малых психосоматозов - обратимых, кратковременных психо-физиологических реакций, невротических симптомов-синдромов, с которыми приходится сталкиваться любому из нас: головная боль, головокружение, тошнота, тахикардия, спазмы в желудке или кишечнике, учащенное мочеиспускание, диарея, повышение температуры тела, ознобы, одышка, неврогенный зуд и прочая-прочая, на передний план клинической картины которых, выходят тревога, страхи, беспокойство и внутреннее напряжение. Психосоматозы весьма распространены во всем мире и имеют отчетливую тенденцию к росту и увеличению актуальности во всех возрастных группах.

Так, по данным ВОЗ, до 50% обращающихся за медицинской помощью (в том числе и дети) страдают психосоматическими недугами.

При этом, характерно, что они редко обращаются самостоятельно к психотерапевту или психологу в силу смещения внимания больных с психологического на «соматическое» Я и алекситимических личностных особенностей. Потому они склонны больше «обивать пороги» врачей общей практики, нежели посетить специалиста. Но неверно, думать, что проблемы психосоматики подвластны только психотерапевтам и психологам. Психосоматические по своему происхождению, но соматические по своим доминантным проявлениям, психосоматозы требуют системного подхода в духе современной био-психо-социо-духовной парадигмы. Это предполагает междисциплинарное взаимодействие и ориентацию на комплексные программы терапии-сопровождения, которые сегодня пока больше декларируются, нежели осуществляются, а имеющееся нуждается в усовершенствовании.

Применение ТА в психосоматике явно пока недостаточно разработано и используется на практике и исследуется так же незаслуженно мало. Хотя мы и наблюдаем все более широкое его применение в консультировании, психотерапии, наркологии.

Так же нам видится, что понимание психосоматозов с точки зрения «психосоматического сценария», могло бы внести свою положительную лепту в развитие программ помощи этим одним из самых труднокурабель-

ных и многочисленных пациентов. Анализ опыта коллег и собственная практика позволяет утверждать, что ТА в отношении психосоматических расстройств может быть достаточно эффективным, однако это требует от консультанта дополнительной подготовки, а от населения соответствующей и достаточной информированности-осведомленности.

Психосоматический сценарий нельзя рассматривать отдельно от общего личностного сценария жизни. Но можно и нужно выделять отдельной темой, как проблемную зону жизни, которая может составлять основной контекст «боли существования» личности и являться психотерапевтической мишенью для трансактного аналитика.

Психосоматический процесс - сложный конгломерат взаимообусловленных взаимосвязей и нельзя его сводить к вульгаризации рамок и интерпретаций «Психосоматического словаря». Конечно, бессознательное может напрямую «высказываться» через телесные проявления: например, человек «не хочет этого видеть» – и у него падает зрение, или он «избегает это слышать» – и у него ухудшается слух.

И мы солидарны с Лиз Бурбо (1931 г.р.): «Если тело начинает говорить с нами языком болезней, симптомов и расстройств, то оно говорит нам, просит нас что бы мы изменили образ мыслей, образ чувств и поведения». Пациенты хорошо отзываются на предложения поразмышлять о тех или иных «сигналах», но стоит предостеречься, от буквального понимания терапевтических версий. «Слушать своё тело, твоего лучшего друга на Земле», как справедливо призывает Лиз Бурбо, и мы предлагаем делать это в несколько ушей и как предлагаем нам зрелый Взрослый – тестировать наши умозаключения и сигналы на их реалистичность.

Неосмотрительный буквализм и терапевтическая близорукость, может стать признаком опасной некомпетентности.

Как известно, любое психосоматическое заболевание является свойством человеческого организма как системы. Оно не выводится по отдельности ни из психических, ни из физиологических свойств индивида, его невозможно объяснить путем исследования свойств какой-то одной подсистемы.

Только взаимодействие между этими подсистемами и окружающей средой может привести к новому состоянию организма, определяемому как психосоматическое заболевание или избавление от него.

Посему, в работе с психосоматическими сценариями психотерапевту необходимо владеть специфической диагностикой и выделять его специфические черты для дифференцированной терапии.

Целесообразно учитывать, что в современной психосоматике различают предрасположенность (уязвимость органа), разрешающие и задерживающие развитие болезни факторы. В формуле сценария диагности-



руем ранние родительские предписания, программу, подчинение, согласие следовать программе, важные поступки, подтверждающие подчинение и развязку. Здесь важно обнаружить ранние негативные решения, которые человек принимает в детстве в отношении сценарных паттернов поведения, мыслей, чувств и помочь ему сформировать убеждение о возможности их изменения и обнаружить к тому ресурсы и мотивацию. Поскольку, выход из негативного сценария потребует достаточно длительного времени, а уже сформировавшаяся болезнь не будет стоять на месте, важно исключить нередкое заблуждение - если ты понял причину болезни, это не значит, что не надо идти к врачу.

Так как ТА основан на контрактном методе, при котором пациент и терапевт несут взаимную ответственность за достижение целей, то в работе с психосоматическими клиентами в терапевтическом контракте необходимо акцентировать внимание на наблюдении у медицинских служб. ТА рассматривает психосоматические заболевания как показатель (индикатор) повреждения раннего эго-состояния, в возрасте от 0 до 6 месяцев. На этом уровне развития существование в большей степени сосредоточено на теле, чем на более поздних этапах детского развития.

Согласно Т. Тилнеэ (Tony Tilney. Dictionary of Transactional Analysis. Whurr Publishers, 1998), многие психосоматические страдания локализируются в Ребенке (P1). Ребенок не вербализован, поэтому сложные чувства будут выражаться в простых и приводить к боли. Эго-состояние Ребенка в Ребенке (P1) называется «соматическим ребенком».

Учитывая это, рекомендуем проводить релаксационные трансовые и гипнотические методики (регрессивный анализ с элементами гипноза). К примеру, автору со своей экзаменационной клиенткой, страдающей от язвенной болезни желудка, удалось регрессировать на глубокие довербальные слои ее архаического Ребенка, и вместе с тем, поддерживая раппорт, снизить интенсивность желудочных болей до такой степени, что можно было затем использовать когнитивный компонент Взрослого и гештальт-техники.

Об этом же находим и в работе Володина Б.В., который описал использование ТА и гипноза в онкологии, что расширяет и оптимизирует представления о наших возможностях в психонкологии.

Он, сертифицированный Трансактный аналитик, тренер и супервизор из Рязани подтверждает мнение Helen Harbison (1978), которая в своей работе «TA and Cancer», на основе личного опыта заболевания раком молочной железы и опыта других пациенток, доказывала, что базовым предписанием онкобольных является не предписание «Не живи», а – «Не получай удовлетворения своих потребностей». В связи с этим заболевание раком, не является финальной сценарной целью. Целью является не смерть, а сам процесс умирания. Больной верит в то, что, будучи умирающим человеком,

он сможет удовлетворить наконец-то свои нужды и потребности. Нетрудно в подобной ситуации увидеть роли Жертвы и Спасителя, при этом последний в любой момент готов переключиться в Преследователя при отказе в получении помощи, о которой он предполагает, но не озвучивает.

Е.Верне (1972) считал, что заболевание раком лежит вне сценария, однако вышеизложенное позволяет утверждать, что определенные сценарные элементы при этом присутствуют.

Опыт показывает, что помимо предписания «Не получай удовлетворения своих потребностей» и возможного решения «Я удовлетворю их будучи умирающей», у женщин с раком молочной железы имеются послания «Не будь самой собой», «Не будь значимой», «Не чувствуй определенных чувств, в частности, горя». Об этом же говорит общеизвестный факт развития многих злокачественных новообразований в течение года после потери близких. Предписание «Не чувствуй» блокирует сильные эмоции, которые оставаясь неотрагированными могут вызывать повреждение иммунной системы.

Ведущий драйвер «Будь сильной», работающий совместно с посланием «Не чувствуй» приводит к тому, что пациентки либо вовсе перестают что-либо чувствовать, либо, - все же переживая ряд эмоций, - испытывают большие трудности в выражении их. Так же мы наблюдаем здесь драйверы – «Радуй других» и «Будь совершенной». Для диагностики важно уметь так же отследить связь «предрасположенность-личность-ситуация» и факторы, способствующие развитию болезни и ограничивающие ее.

Сам Эрик Берн ввёл понятие сценарные сигналы, т.е. телесные признаки, указывающие на то, что человек вошёл в сценарий.

Он настоятельно рекомендовал внимательно наблюдать за пациентом и сверять свои наблюдения с ощущениями консультируемого. Важно выяснять, что означает для самого пациента его глубокий вдох, изменение положения тела или напряжение какой-то ее части, а не навязывать свои версии.

Об этом же находим в статьях из старейшего Европейского журнала Трансактного Анализа: «Психосоматические нарушения и трагические сценарные расплаты», «Заболеть «как спасательный люк» (Лаура Каулз-Бойд (1980г.;1982г.); «Трансактный анализ и взаимосвязь сознание-тело» (2007г.); «Психосоматический континуум: патология, лечение, предупреждение» (2010г.).

Там же президент ЕАТА Марко Мацеретти, опубликовал совсем недавно работу: «Трансактный анализ и психосоматическая медицина: случай псориаза», которая раскрывает некоторые нюансы данной проблемы.

Необыкновенно полезной для работы с психосоматическим сценарием является и теория эпиграфита



Ф.Инглиш. F.English (1969г.) называет эпискрипт «сжатой версией сценария человека, включая трагический финал, который индивид пытается передать кому-то, как он передал картофель, слишком горячий, что бы держать его в руках».

Издателем эпискрипта является «Профессор», который пытается компенсировать деструктивные последствия сценария волшебными средствами, веря, что если проклятие может быть передано, то ему не нужно будет страдать от его зла.

Имеющиеся собственные наработки в этом направлении, когда видим, к примеру, как дочь заболевает раком, переживая за облученного отца, который, не смотря на профессиональную вредность, остается здоровым, требует дальнейших исследований.

Т.о., анализ представленных работ и собственный опыт позволяет утверждать, что ТА в отношении психосоматических расстройств поддерживают гипотезу обусловленности их психологическими и аффективными нарушениями и ориентирует консультантов на интегративный и целостный подход.

Мы считаем, дабы помочь страдающему тем или иным психосоматозом выполнить запрос на изменение психосоматического сценария необходимо выстраивать лечебный план, опираясь на следующие практические принципы работы: во-первых, помнить о «командности» и ресурсности-ответственности трех сотрудничающих «участников» терапии: пациента, интерниста и психотерапевта. Во-вторых, необходимо разумно сочетать ТА с трансовыми и телесно-ориентированными методиками.

И если сам трансактный аналитик не владеет телесно-ориентированными приемами, то он на уровне заключения контракта договаривается с пациентом о том, как тот обеспечит «работу с телом».

Так же трансактный аналитик, берущий на себя ответственность работы с психосоматическими пациентами, обязан владеть релаксационными методиками, к примеру, проводить сеансы «гипноза-отдыха», аутотренинга, музыкотерапии, сеансы Эриксоновских трансовых и ресурсных состояний, психотерапевтических медитаций. Третьим принципом является принцип терапевтического комплаенса, т.е. продолжающееся во времени добровольное и активное следование человека коллегиально выработанному режиму лечения и образу жизни. Автономный здоровый стиль жизни в соответствии с личностными особенностями и предпочтениями в его наполнении - вполне достижимый результат позитивного сценария эффективной терапии психосоматозов.

About psychosomatosis' treatment through the prism of the theory of scripts

Nadezhda Zuykova

PhD; Associate Professor; Head of the Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology Department, Faculty of Raising the Level of Medical Workers' Professional Skills, Peoples' Friendship University of Russia; Certified in Europe Transactional Analyst, Trainer and Supervisor ((P)TSTA, EATA); Head of the Moscow Association of Therapists, Psychologists and Social Workers; psychotherapist (Moscow).

## Трансформация гендерных образов в сновидениях при психотерапии

**Ижванова Елена М.**

доцент Института психологии и педагогики

В докладе представлен опыт работы по скайпу с клиенткой М. (32 года) из США по проблеме мужско-женских отношений. Работа с символом «гора» и сны показали, что на формирование личности М. оказали влияние прабабушка, бабушка и мать. Символ «гора» представлял собой 3 одинаковые горы с округлыми вершинами. Роль прабабушки проявилась в следующем сне: прабабушка написала сценарий для фильма, который М. надо изучить. Суть сценария, как выяснилось в процессе работы, заключался в том, что отношения между матерями и дочерьми в семье были сложными, все они были по несколько раз замужем, отношения с мужчинами у них были на первом месте, но складывались неудачно.

Наиболее теплыми были отношения М. с бабушкой, которая снилась ей неоднократно в виде поддерживающей фигуры. Наиболее значимым был сон уже после смерти бабушки: это встреча под дождем между двух холмов у озера. Произошла трансформация образа бабушки из горы в водную стихию (дождь, озеро).

Вода стала сниться именно после этого сна в виде бассейна и моря и купания в них. Результат проработки сценария прабабушки отразился в двух основных снах: в первом сне все четыре женщины переставляют мебель в прабабушкиной квартире, а во втором - выезжают из нее, при этом у М. возникли приятные чувства.

Сложное отношение к матери проявилось в снах, вызывающих чувство грусти, одиночества и ненужности: постоянное психологическое отсутствие матери (спит или болеет) и ее негативная оценка самостоятельных действий М.

Мужские образы снились М. либо в качестве угрожающих фигур, либо безопасных, но неполноценных (молодой мужчина – инвалид без ног, гей или маленький мальчик). Отца М. практически не помнит, второй муж матери ею не занимался. Проблема отношения к отцу отразилась в вызывающем тяжесть и беспокойство сне в виде «наслаивающихся пап» в квартире, где М. раньше жила с матерью. Длительные и созависимые отношения



с мужчиной у М. были неудачными и, хотя они расстались, он часто снился М. в виде некоторой негативной фигуры. Тем не менее, в процессе работы отмечались позитивные изменения мужских образов, например, сон о желании спасти отца из тюрьмы и трансформация угрожающих фигур в поддерживающие.

Transformation of gender images in dreams when psychotherapy

Helena M. Izhvanova  
associate professor of Institute of Psychology and Pedagogy

**Электронная база данных «Национальные менталитеты: их изучение в контексте глобализации и взаимодействия культур»: некоторые итоги выполнения проекта**

**Канарш Г.Ю.**

*Кандидат политических наук, старший научный сотрудник сектора социальной философии Института философии РАН, член ППЛ*

В 2014 году завершается двухлетняя (2013–2014 гг.) работа по проекту Российского гуманитарного научного фонда «Национальные менталитеты: их изучение в контексте глобализации и взаимодействия культур» (руководитель проекта – Г.Ю. Канарш). Мы представляли основную идею, цель и задачи проекта на Всемирном конгрессе «Языки психотерапии» в 2013 г. в Москве (публикация в материалах конгресса в журнале «Психотерапия»), теперь подведем некоторые итоги его выполнения.

Во-первых, создан электронный ресурс, который расположен по адресу: <http://www.national-mentalities.ru/> С июля с. г. ведется работа по созданию англоязычной версии, в которой, помимо перевода названий разделов и рубрик, а также заголовков материалов, предполагается дать английские аннотации для основных статей.

Во-вторых, с конца 2013 г. сайт наполняется контентом, который состоит из материалов, предоставляемых как участниками проекта, так и получен в результате мониторинга интернета, и опубликован на сайте по согласованию с авторами. Большой интерес представляют статьи современных российских и зарубежных ученых о национальных менталитетах, первоначально опубликованные в электронных журналах. Некоторые статьи прямо предоставлялись иностранными коллегами (например, из Национальной академии наук Азербайджана). В ряде случаев авторы присылали свои монографии, для публикации на сайте. Большой интерес представляет архив фотоматериалов о народах Центральной Азии, предоставленный одним из участников проекта. В этом году продолжена работа над текстами о народах Повол-

жья и Приуралья, Сибири, национальных менталитетах западных и южных славян и др. Получено согласие на публикацию статей о роли национальных менталитетов в процессах социального развития от ведущих российских специалистов по теории модернизации.

Посещаемость сайта на начало августа 2014 г. – до 220 посещений в сутки. Наибольшей популярностью пользуются материалы о народах Поволжья, на втором месте – материалы о народах Запада. Статьи других разделов востребованы в несколько меньшей степени.

До завершения проекта (декабрь 2014 г.) планируется проделать значительную работу по наполнению сайта уже имеющимися и новыми материалами. Планируется презентация проекта на XVI Международной научной конференции «Россия и Запад: диалог культур» (ноябрь 2014 г., МГУ им. М. В. Ломоносова).

Проект осуществляется в рамках работы Центра Терапии творческим самовыражением и характерологической креатологии ППЛ, и органично связан с важной для исследований Центра темой естественно-научного изучения национально-психологических особенностей.

Работа выполнена при поддержке РГНФ в рамках проекта «Электронная база данных «Национальные менталитеты: их изучение в контексте глобализации и взаимодействия культур» (проект №13-03-12003В).

Electronic database «National Mentalities: Study in the Context of Globalization and Interaction of Cultures»: some results of the project

Kanarsh Grigory Yurievich

Candidate of Science (political science), senior researcher of the Social Philosophy Sector at the Institute of Philosophy of the Russian Academy of Sciences, member of the Professional psychotherapeutic League

**Понимание студентами реалий собственной жизни**

**Киктенко М.В.**

*студент московского городского психолого-педагогического университета, Россия, Москва;*

Понимание человеком собственных жизненных реалий - важный аспект формирования личности и построения успешной жизни. Формирование у молодых людей в период школьного обучения способности понимать свои ситуации жизни в современный период не является самостоятельной воспитательной задачей. В связи с чем, эта способность во многом складывается спонтанно, а значит, недостаточно зрело.

Для исследования была выбрана существенная для студенчества сфера жизни – учебная. Информация собиралась с помощью метода бюджета времени и клинической беседы. Испытуемые – шесть студентов третьего



курса психологического факультета. Было сформировано три группы по уровню успеваемости: хорошая, средняя и низкая. Наличие понимания собственных жизненных реалий можно выявить, определив, выполняет ли человек заранее, рационально поставленные себе цели и занимается ли он саморазвитием, что говорит о сильной, сформированной структуре личности, что уже само по себе может означать, что человек способен оценить ту жизненную ситуацию, в которой он находится, принимать решения и ставить цели, опираясь на это понимание.

Удалось выявить, что из четырех предполагаемых вариантов отношения к своей ситуации «обучение профессии»: (1) понимаю ситуацию адекватно, хочу учиться и стараюсь это делать; (2) не понимаю ситуацию адекватно, хочу учиться; (3) понимаю ситуацию адекватно, но нет желания учиться, и мешают иные дела, но все же стараюсь; (4) студент не понимает адекватно свою ситуацию и основное внимание уделяет иным делам (не учебным), испытываемые в основном проявляли вариант (4) (3 человека из шести).

В рамках этой общей ситуации можно было бы предположить, что у студентов, которые обучаются психологии, способность адекватно понимать свои жизненные ситуации, сформирована достаточно для их возрастной группы, однако наблюдение поведенческих актов студентов психологического факультета столичного вуза свидетельствует против данного предположения.

У студентов психологического ВУЗа, которые принимали участие в исследовании, можно проследить прочную связь между пониманием их жизненной ситуации, успеваемостью, а также наличием или отсутствием дел и занятий, направленных на саморазвитие.

Во многих случаях, понимание либо искажено, либо не воспринимается в течении всего времени жизни, а лишь в периоды, когда происходит осложнение жизненной ситуации, что требует от человека в той или иной мере, рационального пересмотра или оценки собственной жизненной позиции, но в последствии понимание развивается и более не функционирует в полной мере в связи с отсутствием прямой необходимости.

Очевидна необходимость развития понимания собственных жизненных реалий у студентов, в частности психологических ВУЗов, потому как для того, чтобы работать с клиентами и помогать им решать жизненные проблемы, било бы хорошо при этом, если и не завершить решение собственных, то хотя бы в какой то мере их понимать и знать.

Возникает вопрос о том, как можно помогать другим людям крепить психическое здоровье, если у будущих психологов наблюдаются трудности с пониманием собственных жизненных реалий и с тем, как наладить учебу и развить свою жизнь. В этой связи изучался вопрос о том, как именно понимают студенты – психологи свою жизненную ситуацию и что предпринимают для собственного развития.

Students' understanding of the realities of their own lives  
Kiktenko Maxim Vyacheslavovich  
student, Moscow State University of Psychology and Education, Russia, Moscow.

### Супервизия практики начинающих клиент-центрированных психологов-консультантов

**Кириллова Е.И.**

*преподаватель кафедры психологии личности факультета психологии НИУ ВШЭ, к.псх.н.*

**Горошилова Д.В.**

*бакалавр психологии*

В 2010 году целях понимания и научной рефлексии клиент-центрированной психотерапевтической практики нами был проведен интент-анализ психотерапевтической речи К.Роджерса. В исследовании мы использовали авторскую методику интент-анализа психотерапевтического дискурса, разработанную в рамках диссертационного исследования Е.И. Кирилловой «Интент-анализ психотерапевтической речи». В целом методика представляет собой вариант экспертной оценки устной и письменной речи психотерапевтов. Она позволяет исследовать глубинное психологическое содержание речи, а именно план намерений (интенций) психотерапевта, лежащих в основе профессиональной деятельности. «В субъективном плане активность, направленная на экспрессию психологического содержания, находящегося в сознании, представляет собой намерение высказаться, т.е. речевую интенцию» (Ушакова, 2006).

Методика включает в себя инструкцию экспертам, словарь 30 психотерапевтических интенций, классификацию интенциональных характеристик психотерапевтической речи, перечень маркеров (словесных признаков, позволяющих идентифицировать конкретные интенции). Специфика интенциональности психотерапевтической речи определяется тремя направленностями: познавательной, диалогической, помогающей и тремя объектами соответственно: «Ситуация клиента», «Клиент как субъект общения», «Самосознание клиента».

Проведя данное исследование, по сути, мы осуществили супервизию и научную рефлексия профессиональной деятельности К.Роджерса. Известно, что профессиональная деятельность клиент-центрированного психотерапевта в основном является разговорной, поэтому основная часть супервизии такой деятельности может быть обращена к ее речевой составляющей, т.е. к исследованию транскриптов психотерапевтических сессий.

В 2014 году мы исследовали транскрипты психотерапевтических сессий начинающих психологов-консультантов клиент-центрированного подхода к психотерапии при помощи методики интент-анализа психотера-



психического дискурса. Необходимо отметить следующие результаты:

- в речи большинства начинающих психологов-консультантов были выявлены и определены непсихотерапевтические интенции, в том числе конкретная, наиболее выраженная непсихотерапевтическая интенция, которая, скорее всего, связана с личностными характеристиками самого психолога-консультанта и не имеет отношения к профессиональной деятельности;
- в классификации интенций выделен новый объект направленности «Потребности психотерапевта»;
- методика интент-анализа психотерапевтического дискурса может быть применена в практике супервизии.

Supervision of the practice of beginners client-centered counselors

Kirillova Elena Igorevna

Senior Lecturer, Department of Psychology Faculty of Psychology of the individual HSE

Goroshilova Darya Vitalevna

bachelor of Psychology

### **Раскрытие любви к себе в контексте интегрального нейропрограммирования**

**Ковалевский А.В.**

*Ведущий специалист Центра практической психотерапии при Институте Инновационных Психотехнологий*

Эффективность психотерапевтической работы складывается из многих факторов, один из которых – раскрытие клиента любви к самому себе. К сожалению, у большинства людей любовь к себе блокируется вследствие психотравматического детского опыта, родительского программирования, механизмов самонаказания или по другим причинам. Когда мы говорим о любви к себе, речь идет о сложных бессознательных процессах, которые формируют качество жизни клиента. Актуальна задача раскрытия любви к себе, что не только повысит счастье клиента, а также сделает его эффективным и внесет значительный вклад в динамику его изменений. Раскрытие любви к себе мы рассмотрим в контексте интегрального нейропрограммирования, методология которого позволяет обеспечивать результат комплексно, на всех стадиях, направлениях, уровнях и кодах работы с бессознательным.

Объектом нашего изучения является любовь к себе, предметом выступает раскрытие любви к себе в контексте интегрального нейропрограммирования.

Мы считаем, что работа по раскрытию любви к себе начинается с формирования экологичных механизмов адаптации к миру, которые описываются моделью С.В. Ковалева «Мерседес-СК». Работа в этой модели позво-

ляет создать экологичный способ адаптации к миру через раскрытие любви к себе, обеспечить условия для социализации клиента.

Алгоритм достижения этой цели может строиться следующим образом.

1. Донесение до клиента основных принципов изменений.
2. Определение для клиента роли любви к себе в матрице интегрального нейропрограммирования.
3. Выявление критериев любви к себе через моделирование поведения.
4. Выход на область ближайшего развития через моделирование образа Я.
5. Моделирование состояний.
6. Выявление ограничивающих убеждений.
7. Создание благоприятной репрезентации окружения.
8. Формирование, интеграция экологичных убеждений.
9. Интеграция экологичных состояний.
10. Интеграция нового образа Я.
11. Интеграция нового поведения.
12. Проверка результатов.

Приведенный алгоритм работы с любовью к себе в контексте интегрального нейропрограммирования был апробирован как в индивидуальной (20 клиентов), так и в групповой работе, в формате вебинара (42 участника). Были получены отличные результаты, которые выразились в изменении поведения клиентов по заданным ими критериям, а также в формировании новых состояний, убеждений, образов Я и способов взаимодействия с окружением. Полученные отзывы и наш опыт работы свидетельствуют о высокой эффективности раскрытия любви к себе в контексте интегрального нейропрограммирования.

The revelation of the love of self in the context of integrated neuroprogramming

Kovalevskiy Anton Viktorovich

Leading specialist of the Practical Psychotherapy Center at Institute of Innovative Psychotechnologies.

### **Позитивный контекст работы со скептической частью в интегральном нейропрограммировании**

**Ковалевский А.В.**

*Ведущий специалист Центра практической психотерапии при Институте Инновационных Психотехнологий*

Эффективность психотерапевтической работы складывается из многих факторов, где одним из важнейших является готовность клиента к изменениям. В интегральном нейропрограммировании смоделирован ряд



психотехнологий, направленных на повышение готовности, в некоторых из них работа ведется со скептической частью (далее - СЧ) клиента. Этот прием работы позволяет существенно повысить веру клиента в достижимость желаемых изменений.

Работа со СЧ может идти в разных контекстах. В частности, в контексте противодействия, и в контексте сотрудничества. Контекст при этом задается самим психотерапевтом, путем использования тех, или иных инструкций для клиента. Осознанное, умелое формирование контекста работы со СЧ позволяет психотерапевту существенно повысить эффективность работы с клиентом. В качестве объекта мы рассмотрим работу со СЧ клиента в процессе создания готовности. Предметом выступает позитивный контекст работы со СЧ.

Мы считаем, что позитивный контекст, предполагающий сотрудничество со СЧ, является предпочтительным в работе с клиентом. Позитивный контекст может быть создан различными способами. Один из алгоритмов может выглядеть следующим образом.

1. Помещение клиента в позитивный контекст через инструкции в диалоге со СЧ.

Скажите СЧ: «Я знаю, что твоя цель – не помешать мне достичь желаемого, а защитить меня от разочарований и ложных усилий, поэтому я благодарен тебе».

2. Выявление мотивов СЧ с элементами консалтинга.

Спросите у СЧ: «Что делает тебя такой скептически настроенной? Какие жизненные события? Какие мои поступки или качества дают тебе основания для скепсиса?»

3. Вывод СЧ из своей роли, включение ее в процесс создания готовности. Скажите СЧ: «И при всем при этом во мне кое-что изменилось, и ты это видишь. Перечисли, что сейчас по-другому, что дает тебе основания изменить свою скептическую позицию, начать направлять свою силу и энергию в конструктивное русло».

4. Трансформация СЧ. Скажите СЧ: «Ты можешь видеть мое будущее в случае достижения желаемого. Если тебе это нравится, помоги мне на этом пути».

5. Переход к психотехнологии созданию готовности.

Скажите СЧ: «Со своей стороны я хочу продемонстрировать тебе свою готовность...»

Работа со СЧ в позитивном контексте хорошо себя показала на выборке 15 клиентов по различным целям. Во всех случаях СЧ становилась своеобразным спонсором изменений, источником ресурсов для клиента, что ощущалось улучшением динамики работы.

Можно сделать вывод о высокой эффективности использования позитивного контекста работы со СЧ.

The positive context of work with a skeptical part in integral neuroprogramming

Kovalevskiy Anton Viktorovich

Leading specialist of the Practical Psychotherapy Center at Institute of Innovative Psychotechnologies.

## Психологическое единство клиента и психотерапевта в процессе клиентоцентрированной психотерапии

**Колпачников В.В.**

кандидат психологических наук, доцент  
Национального исследовательского университета  
«Высшая школа экономики», Москва

Карл Роджерс отмечал в качестве первого из условий конструктивного изменения клиента в КЦП наличие психологического контакта между клиентом и консультантом. Продолжающийся контакт, диалог, психологическое единство имеют решающее значение для клиентоцентрированной терапии. В таком глубоком контакте у консультанта появляется возможность – за счет эмпатического приобщения/прочувствования жизненной ситуации клиента – воспринимать его опыт как свой собственный. В этом глубоком контакте возникает то над-индивидуальное единство, о котором писал в своих последних работах Карл Роджерс. Это «надивидуальное единство» – основа того глубочайшего понимания и гениальных интуиций как терапевта, так и клиента относительно жизненной ситуации последнего и ресурсов-путей ее изменения к лучшему.

В этой связи интересно упомянуть разработку конструкта «Личность Контакта» отечественным исследователем Олегом Шведовским (2007). Личность Контакта представляет собой объединение ресурсов, возможностей, представлений клиента и консультанта в единое синтетическое целое, позволяющее глубже, точнее и тоньше чувствовать и понимать нюансы жизненной ситуации клиента и находить пути разрешения жизненных противоречий.

Добавим к этому, что клиент в опыте этого единства имеет возможность перенять инструменты и средства, привнесенные психотерапевтом в этот контакт и – позже – использовать их самостоятельно. Отметим, что это происходит в полном соответствии с «законом развития высших психических функций», сформулированным Л.С. Выготским.

Феноменологически клиент и клиентоцентрированный специалист вместе двигаются в сложном, запутанном, искаженном поле опыта клиента. Они совместно эмпатически слушают, осмысляют, переживают жизненную ситуацию клиента. Находясь в этом глубоком единстве с клиентом, консультант не решает проблемы клиента. В эмпатическом сопresутствии специалист-психолог, полностью присутствуя в пространстве переживаний клиента, фасилитирует, поддерживает, помогает клиенту пережить и осмыслить собственный опыт. Как будто внутри целостной Личности Контакта консультант представляет поддерживающую, верящую, понимающую и фасилитирующую субличность. И клиент сохраняет за собой ищущую, осмысляющую и принимающую решения субличность.



Psychological Unity of Client and Psychotherapist in Process of Client-Centered Psychotherapy

Kolpachnikov Veniamin Valentinovich

Ph.D. in Psychology, Associate Professor of National research University Higher School of Economics

### Психологическая структура эмоций и политическая пропаганда

**Коновалова М.А.**

кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории политического консультирования факультета политологии СПбГУ

Прошли те времена, когда пропаганда была делом профессионалов, людей, которые занимались распространением идей и формированием общественного мнения, используя специальные ремесленные навыки журналистов, художников, режиссеров, актеров. С распространением электронных СМИ и интернета в борьбу идей оказались вовлечены те, кто специальных навыков не имеет, не предполагал, что станет участником виртуальной войны, иногда, даже не отдавая отчета в настоящем смысле своих действий. Кроме расширения числа участников, пропаганда в наше время не может пониматься узко, в смысле специальным образом организованной информации.

Сегодня она чаще носит характер, специальным образом разрушенной информации. В любом случае, политическая пропаганда в «традиционных» СМИ носит, на сегодняшний день, наиболее щадящий характер для психики населения России, именно в силу контролируемости их содержания. Профессионал действует в рамках некоторых правил, которые указывают дозволенные границы манипуляции эмоциональным состоянием населения. «Свободные» участники современной информационной войны не ограничены в своих действиях ни профессиональными принципами, ни репутацией, ни властью официальных руководящих органов. Учитывая, что именно эмоции являются главной мишенью пропаганды, действия «партизан-пропагандистов» носит тем более разрушительный для психики характер, чем более координированы их действия.

Целью этой деятельности является запуск циркулярной реакции для формирования виртуальной толпы, которая в нужный момент превращается в реальную. Для этого используется создание общей атмосферы недовольства - отрицательного отношения человека к явлениям окружающей действительности, а также к собственным поступкам и деятельности.

Внимание аудитории фиксируется на «провалах», «неудачах», «страданиях», «безнадежности», «несправедливости» и т.д. Чем ближе момент «Х», тем сильнее повышается градус эмоционального возбуждения – сообщения превращаются из информационной «черну-

хи» в яркие, «звонкие» образы насилия, подробности которого смакуются, иллюстрируются, гипертрофируются. И наконец, на последнем этапе, диктуется способ разрядки накопленного напряжения в очень простых, часто примитивных, разрушительных действиях.

Даже если отдельные участники событий осознают разрушительность и бессмысленность своих поступков, они не в силах сопротивляться общему настрою группы и внутренней потребности в разрядке любой ценой. СМИ могут и должны противопоставить технологиям распространения социальных эпидемий, технологию профилактики и лечения эмоциональных расстройств общества.

Konovalova Mariia

Ph.D., senior researcher, laboratory of political consulting, Political Science Department, St.-Petersburg State University

### Краткосрочное психологическое консультирование. Возможности и ресурсы его применения в работе психолога с сотрудниками организации

**Кочергина Г.И.**

действительный член ОППЛ, организационный консультант, семейный консультант в Центре Открытия Новых Возможностей «Потенциал» (г. Москва) и кадрово-психологическом центре «Долина» (г. Зеленоград), аспирантка кафедры психологии и философии ТвГУ

Организационное консультирование неразрывно связано с целесообразным упорядочиванием взаимоотношений и усилий отдельных людей в деле достижения общих целей. В работе организационного консультанта это «точечное» вмешательство, направленное на помощь сотруднику в решении личной проблемы - до того, как она начала оказывать влияние на организацию, как систему. Имея подготовку консультанта, владеющего инструментами краткосрочной психологической помощи (ИГиСП, Манухина Н.В.), в работе с сотрудниками, обратившимися за помощью, я изначально стала их применять. Этот выбор был обоснован не только ограничением времени работы с каждым сотрудником, но и задачами, которые ставили передо мной организации.

В краткосрочном психологическом консультировании основная задача консультанта - помочь клиенту в построении картины непроблемного существования. Клиент выступает экспертом в собственной жизни и играет существенную роль в определении хода консультативного процесса. Краткосрочное консультирование опирается на системный подход: часть – это самостоятельная единица, несущая отпечаток системы, одновременно с этим часть - интегрированная в систему единица, вносит в систему свои уникальные качества.



Работа в краткосрочном консультировании строится на принципе «высокой чувствительности к начальным условиям» (Эффект Бабочки): минимальное изменение в одной части системы приносит большие сдвиги в остальных её частях. Результативность изменений может быть разной, поэтому важно: тщательно относиться к первоначальным изменениям - чем более конструктивны малые шаги – тем конструктивнее результат; наблюдать за изменениями - если они не работают – менять стратегию.

Принципы, лежащие в основе краткосрочного консультирования. 1. Актуальность – значимость ситуации для клиента. 2. Системность – любое изменение неизбежно влияет на всю систему. 3. Смещение фокуса – с одного на другое: противоположное или дополнительное, или на другом структурном уровне. 4. Внесение нового здесь-и-сейчас (опыт, полученный системой, никогда не исчезает).

Главные принципы организации процесса работы краткосрочного консультанта – это уверенность, что: 1. клиент способен решить свою проблему, 2. для запуска процесса решения достаточно краткого контакта с психологом.

Три «философских» правила краткосрочного консультирования по Инсу Ким Берг: 1. Не чините то, что не сломано. 2. Узнав, что эффективно, делайте это еще.

Если что-то не подходит, то не повторяйте это опять.

### **Стабилометрия как способ объективизации эффективности коррекции психоэмоционального состояния здорового человека**

**Крупнова А.Б.**

*психолог Реабилитационного центра ГКУ «УМЦ ГО и ЧС», аспирант Московского гуманитарного университета, г. Москва*

В рамках практического применения актуальна психологическая диагностика состояний для оценки эффективности психологической помощи, психологической профилактики, коррекции, психотерапии, реабилитации. Цель исследования изучение возможности объективизации данных субъективной самооценки состояний психоэмоционального напряжения.

Метод Стабилометрия все чаще используется для профотбора, в медицинских целях, спортивной деятельности. Основные преимущества метода, заключаются, в комфортности, высокой чувствительности, информативности. Под состояниями психоэмоционального напряжения, понимается мобилизация резервов организма, его оптимальное и повышенное функционирование, сопровождаемое проявлениями эмоционального реагирования как фактора, определяющего энергетические и динамические характеристики психических и психофизиологических процессов.

Проведено исследование с участием 124 испытуемых мужчин и женщин от 24 до 45 лет, средний возраст составил 34,5 года.

Предварительно проводилось психологическое тестирование с использованием методик «эмоциональное выгорание» В. Бойко; метод Л.Н. Собчик СМЛЛ, Метод вариационной кардиоинтервалометрии. Индивидуально проводились исследования, методика САН (адаптация Н. А. Курганский, Т. А. Немчин) и метод Стабилометрии «Стабилан – 01-2», ЗАО «ОКБ «РИТМ», Таганрог, Россия. Исследование на стабиланализаторе проводилось в течение 120 секунд, по 60 сек. с открытыми и с закрытыми глазами (европейский вариант постановки стоп). Одновременно регистрировались показатели variability сердечного ритма. Статистическая обработка данных проводилась с помощью STATISTICA for windows. В результате проведенных исследований были выявлены значимые различия ( $p < 0,05$ ;  $0,01$ ) между группами лиц обладающих: а) высоким и средним уровнем психоэмоционального напряжения; б) низким и средним уровнем психоэмоционального напряжения. Из исследуемого комплекса показателей Стабилометрии были выделены наиболее значимые показатели: Качество функции равновесия, Коэффициент асимметрии угловой скорости. Индекс скорости. Смещение по оси X, Смещение по оси Y. Которые могут служить объективными критериями определения уровня выраженности состояний психоэмоционального напряжения.

Stabilometry as a way objectification effective correction of psycho-emotional state of human health

Krupnova Alevtina Borisovna — aspirant «Moscow University for the Humanities», Moscow

### **Злые птицы**

**Крякина Л.А.**

*Педагог-психолог МОУ лицея №2 г. Павловского Посада Московской области, ведущая детских развивающих групп, гештальт-консультант.*

Статья о взрослении и эмоциях, связанных с ним у детей и родителей. Один мой воспитанник, Ванечка, постоянно рассказывает про каких-то «злых птиц», воюющих с «зелёными поросятами», которые крадут у них яйца. Я долго не могла понять, в чём прелесть этой незамысловатой истории. Но Ваня упорно продолжал «циклиться» на «злых птицах». Однажды он принёс марионетки героев этой истории и разыграл нам кукольный спектакль. Другие дети были в восторге и с радостью также играли героев. Я подумала: «Вот странные дети, ничего кроме драк их не интересует». Ваня, чувствуя, что я его не понимаю и мечтаю, чтобы он поскорее забыл этих «Angrybirds» и начал, наконец, рисовать про-



стых зайчиков, ещё больше упорствовал. Он предложил мне разыграть спектакль про «злых птиц» и поросят. По жребию ему выпало быть поросёнком. Тут он устроил скандал неповиновения. Ни за что не хотел играть поросёнка. Я настаивала, объясняла ему, что правило есть правило, раз договорились - значит надо. Его всего перекорёжило. Он произнёс какую-то незначительную реплику и тут же сказал, что он своё дело выполнил. Не то было, когда Ваня играл «злую птицу». Он с таким остервенением набросился на меня – «поросёнка», когда я украла его яйца, что чуть не свалил меня с ног.

Я подумала: «Откуда у мальчика такая невыраженная агрессия? Можно подумать, что он растёт не в благополучной семье с мудрыми понимающими родителями, а в какой-нибудь семье разбойников». Феномен этот оставался для меня неясным до тех пор, пока я не столкнулась с другой жизненной историей. И припомнила заодно все свои личные истории на эту тему.

Когда мой сын, бросая на полгвозде, начатое в моём доме дело, бежит записывать свою жену в клуб для беременных, он обижает меня, бедного «поросёнка», который тоже хочет кушать, защищая своё будущее потомство. Да, это инстинкт жизни! Вот в чём гениальность автора «злых птиц»! Он уловил этот первородный инстинкт, который, естественно, не может не нравиться «потомству». Вот они и страдают этим сюжетом.

Трагедия родителя, не понимающего этого инстинкта в своём повзрослевшем чаде, вызывает искреннее сочувствие. Он может не просто казаться себе, а оказаться на самом деле брошенным, если не поймёт этой простой истины: «Каждая самка защищает своё гнездо». Сколько семейных извращений можно было бы избежать, если бы родители могли понять слова Христа: «Отлепись от родителей своих и прилепись к жене своей»!

- Нет! Мы его растили, мы в него вкладывали, мы надеялись, что он будет нам опорой в старости, а он живёт с оглядкой на свою жену (такую-то растакую!) и забыл о нас!

Эти мысли продиктованы обидой. Обида обращается в недоумение. Недоумение переходит в гнев. Гнев порождает месть: «Лишу наследства».

Часто на приём приходят бабушки, когда-то отвергшие своих детей, «предавших» их женитьбой или замужеством, а теперь мающиеся с внуками - сиротами при живых родителях, выпавшими из разорённого гнезда.

Пока родитель представляет собой угрозу для потомства (то есть является «зелёным поросёнком» со своим желанием, пусть бессознательным, разорить его гнездо), он будет, отвергаем выросшим дитём.

Родитель может сколько угодно гневаться, плакать, выставлять напоказ свои болячки – инстинкт сохранения своего гнезда будет в детях выше жалости и сострадания. Конечно, это будет продолжаться до тех пор, пока они не повзрослеют и не смогут понять и простить своих родителей. Но, как показывает жизнь, это проис-

ходит далеко не со всеми. Не все «блудные дети» возвращаются к родителям. Не все родители принимают обратно своих «блудных детей».

И многие наши дети, и мы как дети своих родителей всю жизнь остаёмся «блудными» детьми во власти первородных инстинктов, не способными принять на себя бремя взрослого послушания родителю с одновременным сохранением состояния «прилепленности» к своему собственному гнезду. Слишком сложная задача, воспринимаемая как выбор между полярностями «зависимость - независимость». При этом независимость от родителя оборачивается зависимостью от супруга. Зрелость личности определяется способностью к решению такой задачи.

Если третий закон диалектики, «отрицание отрицания» осуществлялся в древней цивилизации сбросом стариков со скалы в море, то в христианской культуре он осуществляется почитанием родителей без эмоциональной зависимости от них. Но для того, чтобы достичь этого состояния личностной зрелости надо иметь хорошую маму (папу). А, как известно, для большого ребёнка хорошая мама — молчащая мама. И не разоряющая палкой гнёзда своих детей, даже если это гнездо не благословлялось ей.

Я так благодарна Ване за то, что он помог мне понять и полюбить «злых птиц» и злых детей, которые выют свои гнёзда, становясь «глухарями» по отношению ко всему миру, в том числе и к стареющим родителям.

Evil-minded birds

Krjakina Lyudmila

Pedagog-psycholog MOU lycey №2 Pavlovo-Posad M.O.

### **Личностный рост как основной концепт клиентоцентрированной психотерапии**

**Кузовкин В.В.**

*Профессор кафедры психологического консультирования факультета психологии Московского государственного областного университета, к.псих.н., доцент; действительный член и сопредседатель модальности «Клиентоцентрированная психотерапия» Профессиональной психотерапевтической лиги; действительный член (прикладное направление) и член правления Русского психоаналитического общества; клиентоцентрированный психотерапевт*

Личностный рост (ЛР) как концепт являет собой форму обработки субъективного опыта клиентоцентрированного психотерапевта, или единицу, с помощью которой в свернутом виде храниться информация, которая в любой момент может быть развернута во взаимодействии с клиентом в виде неких гипотез, которые дают возможность размышлять над проблемой клиента,



при этом эти размышления могут быть довольно-таки гибкими, т.к. включают в себя контекст и опыт самого психотерапевта, и клиента. В связи с чем происходит и рост психотерапевтического знания. Таким образом, совершенствуется концептуализация как базовый навык клиентоцентрированного психотерапевта.

Наполнение содержанием данного концепта – задача, как практикующих клиентоцентрированных психотерапевтов, так и психологов-исследователей, т.к. он позволяет формировать профессиональное мышление и тех и других и способствует, при необходимости, с пониманием отнестись к нуждам клиента по разрешению его проблемы, ввиду которой он обратился за помощью. А для клиентоцентрированного психотерапевта-исследователя – это возможность открывать новые стороны проблемы, еще не исследованные, для усиления возможностей первого.

Необходимо отдавать отчет, что тема ЛР неисчерпаема, в ней еще много белых пятен, но в клиентоцентрированной теории и практике она ведет свое начало от идей К.Роджерса и его представлений об этом концепте. Поэтому мы всегда должны отталкиваться от его идей, опираться на идеи его последователей и противников, чтобы развивать и совершенствовать новое знание для выбора более эффективных стратегий психотерапевтической помощи.

К.Роджерс не дал определения, но, зная его мышление, ЛР как концепт может быть осмыслен через те понятия и категории которые используются в системе клиентоцентрированного подхода, и которые позволяют раскрыть его разные стороны. Мы сделали попытку дать определение, оно выглядит следующим образом: это процесс становления человека «все более собой» (более полноценно функционирующей личностью, «своим организмом»), идущий по направлению от возможной внутренней разобщенности со своим внутренним опытом, «организмическое» восприятие которого затруднено искажающим влиянием «Я-концепции», к «конгруэнтности» - состоянию, когда потенциально любой внутренний опыт свободно осознается как собственное «Я» и человек полноценно переживает подлинность своего индивидуального бытия как процесса самоактуализации.

Personal growth as the basic concept of the client centered psychotherapy

Kuzovkin Viktor Vladimirovich

Professor of the Psychological Counseling Division, Psychology Department, Moscow Region State University, Candidate of psychological sciences (PhD), Associate Professor; full member and co-chairman of the modality «Client-Centered Therapy» of the Professional Psychotherapists' League; full member (applied direction) and board member of the Russian Psychoanalytic Society; person-centered psychotherapist.

## Инструментальные методы изменения состояния сознания у элитных спортсменов

**Курашвили В.А.**

*Руководитель отдела в Федеральном научном центре физической культуры и спорта «ВНИИФК». доктор медицинских наук, профессор*

Продолжительные занятия спортом способствуют естественному развитию психорегуляции, но не обеспечивают высокого уровня умений психорегуляции, позволяющего спортсменам эффективно использовать средства регуляции психического состояния.

В последние годы активно разрабатываются методы положительного переноса навыков с помощью биологической обратной связи. Под биологической обратной связью понимается метод, при котором с помощью каналов искусственной обратной связи (акустической, визуальной или тактильной) предъявляется информация о текущем состоянии той или иной физиологической функции с целью обучения его сознательному контролю и управлению этими функциями.

Поскольку при данном подходе реализуется не просто «связь», а управление сознанием, предпочтительным является термин «нейробиоуправление». Технология нейробиоуправления предоставляет возможность управления биопотенциалами головного мозга на основе модификации альфа- и бета-ритмов ЭЭГ и их сочетаний при активном участии самого спортсмена. Альфа-стимулирующий тренинг является патогенетическим методом терапии.

Спортсмен, включенный в контур биологической обратной связи (аудиальной или визуальной), используя компьютер, может видеть или слышать сигналы, отражающие изменения параметров деятельности своего мозга и внутренней среды организма.

При этом, используя навыки саморегуляции, спортсмен обучается управлять этими параметрами в нужном направлении.

Изменяя биоэлектрическую активность мозга и восстанавливая нейродинамический баланс регуляторных систем, человек учится самостоятельно приводить себя в устойчивое состояние спокойного бодрствования и комфорта без приема медикаментов, алкоголя или наркотиков. При этом возникающее в результате ЭЭГ-тренинга устойчивое альфа-состояние – статус спокойного бодрствования – как бы «стирает» аддиктивные навыки, формирующие паттерн электрогенеза в мозге. Пройдя курс нейробиоуправления, спортсмен приобретает навыки использования саморегуляции в повседневной жизни.

Instrumental methods of altered states of consciousness in elite athletes

Kurashvili Vladimir Alekseevich.



## Самоучитель неудачника

**Лаврова О.В.**

*юнгианский аналитик, коуч, кандидат психологических наук, доцент Восточно-Европейского института психоанализа, член International Association for Analytical Psychology (IAAP) и член Российского Общества аналитической психологии (РОАП), руководитель Локального Центра РОАП в Восточно-Европейском институте психоанализа, член Санкт-Петербургского отделения Российского Психологического Общества, тренинг-аналитик и супервизор European Confederation of Psychoanalytic Psychotherapies (ECP- Russia)*

Большинство людей, с которыми мне довелось работать, страдали не от того, что им удалось чего-то не удасться, а от того, что удалось что-то НЕ ТО.

Согласно формуле общепринятого типичного счастья, для достижения оногo Вам необходимо быть успешным в профессиональной деятельности, счастливым в личной жизни, иметь много денег, хорошее здоровье, считать себя значительной фигурой на фоне неудачников, у которых чего-то не хватает из перечисленного списка, и получать подтверждение своей значительности от окружающих.

Если у Вас чего-то из этого списка нет, то Вы, конечно, вынуждены переживать дефицитарный минимум и стремиться к максимуму.

Не факт, что, достигнув формульного максимума, Вы наконец-то почувствуете себя счастливым. Достичь типичного в разумных объемах, как показывает жизнь, довольно легко, – а дальше-то что делать?

Это и есть одна из самых распространенных форм приспособления к «окружающей среде» – усвоение социальных стереотипов.

С этой задачей большинство людей справляется к 25 – 32 годам. И на первых этапах стереотипы защищают нас, как приспособленцев, и они необходимы для интеграции в социум на правах исполнителя, но на этапе зрелой жизни эти же стереотипы держат нас в ловушке и мешают развитию и росту.

И всегда в этой формуле чего-то не хватает. Жизнь каждого человека содержит внутри себя некую онтологическую единицу, включающую одновременно и «черную», и «белую» стороны, связанные друг с другом неразрывно, – это и то, и другое.

А если следовать за вечностью, то среди нас нет только счастливых, удачливых и успешных (или одних несчастных, неудачливых и неуспешных), так же как нет больных или здоровых, богатых или бедных, добрых или злых. Каждый из нас самостоятельно несет ответственность за свою жизнь и за исполнение родовых обязательств – или отказывается нести. А иногда переживает вместо личной истории родовую историю, замешанную на культурных комплексах, что обязательно присутствует в любой жизни, но не исчерпывает ее полностью.

Собственно, когда-нибудь мы все приходим к пониманию того, что если в нашей жизни что-то сложилось не так или не получилось вовсе, то это в большей степени наша личная ответственность. Категория людей, справившихся с жизнью мне кажется наиболее объективной, в отличие от депрессивных неудачников или успешных нарциссов.

Мне важно обозначить в своем выступлении взрослую психотерапию и анализ, проходящих под личную ответственность, а не привычно редуцированную под ответственность родителей, нуклеарной семьи, рода и коллективного бессознательного. Для обоснования этой позиции и была выбрана метафора «Самоучителя неудачника» и миф о Бэнкси – анти-нарциссическом герое, которому удалось перевести вандализм в современное искусство граффити-высказывания.

Self-tutor for a loser

Oksana Vladimirovna Lavrova

a Jungian analyst, a coach, Candidate of Psychological Science, associate professor of the East-European Institute of Psychoanalysis, a member of International Association for Analytical Psychology (IAAP) and a member of the Russian Society of Analytical Psychology (RSAP), the head of the Local Center of RSAP at the East-European Institute of Psychoanalysis, a member of the Saint-Petersburg branch of the Russian Psychological Society, a training analyst and supervisor of the European Confederation of Psychoanalytic Psychotherapies (ECP- Russia)

The majority of people I worked with were not suffering from something they failed to do in their lives, rather they were suffering from succeeding in SOMETHING WRONG.

According to the generally accepted, typical formula of happiness, to achieve it you should be a success at your job, have a happy private life, have much money, be in good health. You should consider yourself a significant person as compared to those losers who lack something from the list, and you need to get confirmed in your significance by those surrounding you. If you fail to have anything from the list you will experience a deficiency minimum and will tend to crave for the maximum.

The fact is, you are not necessarily to feel happy when at last you approach the formula maximum. Life shows that to achieve the typical, within some reasonable limits, turns out easy enough. But what shall you do next?

This represents one of the most widespread forms of adjustment to the “environment”, that is, assimilation of social stereotypes.

The majority of people manage to have done that by the age of 25-32. At the first stage these stereotypes protect us, when we are time-servers, we need them to be integrated into the socium with the rights of a doer. However, at the stage of the mature life the stereotypes keep us in a trap, they interfere with our development and growth. The formula always lacks something.



Life of every person contains an ontological unit including both a black and a white side at the same time, they are inseparably linked to each other, both this and that. Following the eternity, among us there are no exclusively happy, successful and lucky people (nor are there only unhappy, unlucky and unsuccessful ones), neither there can exist only ill or only healthy, rich or poor, kind or evil ones. Each of us is independently responsible for his/her own life and for fulfilling his/her kin duties, - or he refuses to take this responsibility to himself. Sometimes a person experiences his kin's story brewed on the culture complexes instead of his own story.

The kin's story is sure to be present in anybody's life, although it is never to replace it completely.

In fact, sooner or later everybody comes to understand that if something happened to be wrong in his/her life, or if his life has failed altogether, he or she him/herself is mainly in his personal charge of that.

The category of people who have coped with their life seems the most objective one to me, in contrast to depressive losers or successful narcissists.

In my presentation here it is important to me to emphasize the adult psychotherapy and analysis going with the personal responsibility of the client, rather than the one habitually reduced to the parents', the nuclear family's, the kin's or the collective unconscious' responsibility. It is to ground this standpoint that I have chosen the metaphor "Self-Tutor of a Loser" and the myth of Banksy, an anti-narcissistic hero who has succeeded in transforming vandalism into the contemporary art of graffiti-statement.

### **Психотерапия системы обеспечения вitalности физиологического уровня (СОВФУ)**

**Леконцев Олег В.**

*психолог, психотерапевт, главный специалист  
Центра Практической Психотерапии при ИИП,  
действительный член ППЛ. Россия, Москва.*

Концепция vitalности человека, являющаяся краеугольным камнем интегрального нейропрограммирования, предполагает возможность осуществления экологичных и желаемых изменений в жизни и даже судьбе человека за счёт трансформации его карт и оптимизации программ. Это в полной мере относится и к физическому здоровью человека, как неотъемлемой составляющей качества его жизни. Психотерапия системы обеспечения vitalности физиологического уровня уже становится неотъемлемой частью последовательного изменения жизни в целом.

Необычный подход к проблеме нездоровья и эффективная психотехнологическая составляющая позволяет в короткий период изменить vitalность человека (изменить его здоровье в лучшую сторону) избавить чело-

века от старых представлений о себе и собственном здоровье, устранить психогенетическую передачу опыта и событий психотравматического характера и в результате привести к собственной, более качественной, жизни как таковой. Психотерапия СОВФУ может применяться как отдельно (изолировано), так и в модуле Ковалёва, что предпочтительнее результативнее для клиента.

### **Работа с картой «Я не в порядке» в контексте интегрального нейропрограммирования**

**Логинов А.А.**

*психолог, психотерапевт, специалист Центра  
Практической Психотерапии при Институте  
Инновационных Психотехнологий, действительный  
член ОППЛ, Россия, Москва.*

У каждого человека в процессе жизни выстраивается свое индивидуальное восприятие самого себя, других людей и окружающего мира. Качество этой карты задает многое в жизни человека, обуславливая его эффективность и счастье. Хорошо, когда у человека все в порядке, и он живет по картам «я в порядке», «другие в порядке», «мир в порядке». Его вполне можно назвать благополучным, что видно во всех сферах его жизни – у таких людей, как правило, все в порядке со здоровьем, любовью и сексом, взаимоотношениями, работой и деньгами. Проблема заключается в том, что у большинства людей формируется карта «я не в порядке». Это создает негативный психологический сценарий, провоцируя проблемы и неудовлетворенность человека своей жизнью. В этой связи актуальной задачей для современной психотерапии является выявление такой карты у клиента, прояснение ее предпосылок и структуры, и переписывание ее на другую карту – «я в порядке».

Объектом нашего изучения является карта «я не в порядке», предметом – алгоритм работы в контексте интегрального нейропрограммирования, позволяющий создать новую, экологичную карту, обеспечивающую новое качество жизни клиента. Наша практика позволяет нам сделать предположение, что последовательность психотехнологий интегрального нейропрограммирования позволяет выявить и легко решить описанную проблему.

Последовательность действий при работе по данной теме: прояснение проблемы и формирование решения, создание готовности, прояснение и экологизация отношений с родителями, устранение созависимостей, изменение образов самого себя (ОСС), отработка неэкологичных убеждений, изменение и ресурсирование прошлого, отработка психотравмы рождения, переписывание сценария, построение новой информационной модели жизни путем прохождения по нейрологическим уровням, включение в новую жизнь. Описанный алгоритм составляет собой психотерапевтический модуль С.В. Ковалева, который показал свою эффективность в



ходе многолетнего использования специалистами Института инновационных психотехнологий при работе со своими клиентами. Вне зависимости от сложности запроса, применение модуля позволяет выявлять и прорабатывать карту «я не в порядке» в любой сфере жизни, получая стабильный позитивный результат.

Прекрасные результаты работы с картой «я не в порядке» в контексте интегрального нейропрограммирования, достигаются и начинающими психотерапевтами. Это говорит об универсальности и высокой эффективности метода, что позволяет рекомендовать его для работы с этим кругом проблем.

### **На что претендует аналитическая психология? Или неизбежный водораздел внутри психотерапии**

**Ломова М.В.**

*Старший научный сотрудник Института психолого-педагогических проблем детства Российской академии образования*

В России заметен существенный процесс внутри психотерапии – это интегративный процесс, наряду с все большим выделением отдельных школ и направлений внутри профессиональной области «Охрана психического здоровья». Хотелось бы, чтобы интегративные процессы шли увереннее и масштабнее, нежели чем процессы разделения.

Но существует ли неизбежный и непреодолимый водораздел внутри психотерапии? Или все процессы разделения, мешающие интеграции, сугубо динамические и «человеческие» вопросы, связанные с конкуренцией, защитой границ и автономии, власти и приоритетов? Действительно ли очевидная, но тонкая грань, отделяющая медицинскую психотерапию от не медицинской, является кардинальным и неизбежным водоразделом внутри психотерапевтической практики? И если да, то в чем его суть?

Врач, клинический психотерапевт и медицинский психолог заведомо ориентируются не на здоровую личность, рассматривая другого человека, по крайней мере, в момент его обращения за психотерапевтической поддержкой, не как здорового, а как «больного». И «иметь дело» медицинский психолог, клинический психотерапевт и психиатр, станет именно с «не здоровой психикой», «паталогическим» состоянием, а не со здоровой человеческой личностью.

What does analytical psychology claim? Or inevitably watershed is in psychotherapy

Lomova Mariya Vadimovna

Senior Researcher, Institute of Psycho-Pedagogical Problems of Childhood Russian Academy of Education.

### **Использование языка образов и символов в форме художественной самопрезентации клиента в процессе консультирования**

**Макарьев А.В.**

*практический психолог, интегральный психотерапевт, специалист NLPt, член ППЛ. Москва, Россия.*

Благодаря своей способности к символизации, человек бессознательно преобразует в символы и образы все предметы и явления своей жизни. Символ непосредственно связан с образом, который является результатом отражения в сознании человека некоего объекта в процессе его переживания. Вызывая определенные образы с помощью ассоциаций, закрепляя их в символической форме, можно изменять человеческие качества.

Довольно часто работа с некоторыми воспоминаниями, мыслями или эмоциями является для клиента чрезвычайно болезненной или вообще невозможной. Зачастую он не имеет возможности доступа к своим глубинным конфликтам и внутренним переживаниям. Такое препятствие встречается и при работе с детьми, поскольку у них еще недостаточно развита способность анализировать и устанавливать причинно-следственные связи. Мы предполагаем, что часто информацию легче выразить с помощью зрительных образов и символов, чем буквально, поскольку в данном случае отсутствует цензура сознания.

Целью нашей работы является исследование использования языка графических образов и символов в процессе диагностики проблемного и желаемого состояний клиента, а также в качестве обратной связи на различных этапах психотерапевтической работы. Мы использовали такой прием работы, как художественная самопрезентация клиента.

Соответственно, объектом рассмотрения будет выступать язык образов и символов, а предметом – использование языка образов и символов в форме художественной самопрезентации клиента в процессе консультирования. В своей работе мы использовали возможность получения информации с помощью визуальной метафоры – рисунка, благодаря которому можно получить проекцию психической жизни клиента. Таким образом мы получаем ключевые сведения о проблеме.

При этом рисунок выполняет функцию заякоренного информационного пространства, а изменения в рисунке в ходе различных этапов психотерапевтической работы – означают изменение состояния человека.

Таким образом, каждая новая визуальная метафора клиента – это новая карта его визуального пространства. Символы и образы в работе используются и как симптомы внутреннего конфликта и одновременно как средства их гармонизации.

Описанный подход успешно апробирован на 20 клиентах и показал высокую эффективность. Исполь-



зование рисунка позволяет создать образ желаемого будущего, а также позитивное восприятие прошлого и настоящего. По нашим наблюдениям, применение графического образно-символического приема работы наиболее эффективно в рамках модуля С.В. Ковалева.

### **Практические аспекты применения модуля завершения психотравмирующих взаимоотношений**

**Матвеев К.В.**

*психолог, психотерапевт, специалист Центра Практической Психотерапии при Институте Инновационных Психотехнологий, член ППЛ, Россия, Самара.*

К сожалению, не все взаимоотношения между людьми строятся гладко и так, как им хочется. Бывают случаи, когда человек создает себе психотравмирующие взаимоотношения, в которых чувствует дискомфорт, испытывая потребность выйти из них. И здесь он сталкивается с тем, что неспособен их завершить по тем, или иным причинам.

Неспособность людей самостоятельно завершать травмирующие взаимоотношения является весьма распространённой проблемой. В итоге данная проблематика занимает значительное место в числе общего количества обращений клиентов.

Одной из основных составляющих успеха в работе психотерапевта является применение им эффективных методов. Для целей максимально эффективного оказания психотерапевтической помощи клиентам с подобной проблематикой, профессором С.В. Ковалёвым был разработан модуль завершения психотравмирующих взаимоотношений.

Объектом нашего интереса в данной работе является модуль завершения психотравмирующих отношений, предметом выступают практические аспекты его применения. Рассматриваемый нами модуль обеспечивает комплексную работу с клиентом на основе четкой последовательности психотехнологий интегрального нейропрограммирования.

Сюда входят технологии прояснения проблемы и создания решения, определения и снятия созависимостей, возврат вложенного и возвращение полученного, создание нового внутреннего пространства, открытие новым отношениям и другие шаги.

На каждом из этапов психотерапевт учитывает индивидуальность клиента, специфику его конкретной ситуации психотравмирующих взаимоотношений. Достаточно часто в ходе работы выявляются более сложная, чем ожидал клиент, структура проблемы. Так, например, под психотравмирующими отношениями с женщинами, могут скрываться сложные отношения с матерью, которые создали негативный сценарий в обла-

сти любви. Поскольку сознательно прояснить подобные проблемы крайне сложно, работа в интегральном нейропрограммировании крайне актуальна, ведь в этом методе применяются сразу несколько кодов работы с бессознательным: неврологический, семантический, пространственный, символический. В результате применения модуля завершения психотравмирующих отношений на 15 клиентах, нами были получены отличные результаты. Все клиенты обрели ресурсы и способности для самостоятельного экологичного выхода из негативных отношений. Мы можем рекомендовать интегральное нейропрограммирование для работы с подобными запросами. Как мы видим, проблемы любой сложности эффективно прорабатываются модулем завершения психотравмирующих взаимоотношений.

### **Воздействие психолога на клиента в процессе клиент-центрированной психотерапии**

**Митасов С.Ю.**

*Старший преподаватель кафедры психологического консультирования Московского государственного областного университета, магистр психологии.*

В клиент-центрированной психотерапии эмпатии, конгруэнтности и безоценочности психолога принадлежит ключевая роль. Они являются основополагающими навыками консультанта, необходимыми для создания терапевтического климата. К сожалению, рассматривая эту триаду и давая те или иные определения данных состояний, наблюдается некоторая однобокость в сторону ощущений и переживаний психолога и при этом опускается рассмотрение процесса воздействия психолога на клиента за счет осознанного конгруэнтного сопереживания его текущему эмоциональному состоянию.

Если мы рассмотрим эту триаду с точки зрения волновых явлений, то можно установить следующее:

- безоценочность в процессе психотерапии, необходима психологу для минимизации появления у клиента переживаний, не имеющих отношения к его личностным смыслам, т.е. фактически создает условия для проявления естественного, истинного соответствующего текущей проблематике эмоционального состояния, на частоты которого и необходимо настроиться психологу;
- эмпатия – подразумевает способность психолога модулировать частоты (эмоции) соответствующие частотным характеристикам (эмоциям) состояния клиента, с целью достижения у него резонансного отклика;
- конгруэнтность – единовременность воссоздания психологом частот (эмоций) соответствующих частотам (эмоциям) клиента.

Наряду со специфическими (контактными) видами рецепции (такими как зрение, слух и др.) имеется неспецифический вид восприятия и связи в живых организмах – резонансно-полевое взаимодействие. В результате экс-



периментов по определению психоэмоциональных состояний аппаратными средствами обращено внимание на то, что одинаковые психоэмоциональные состояния у разных испытуемых имеют одни и те же частотные характеристики. Например, чувство страха, не важно, у какого человека и чем оно вызвано, пауками или полетами, имеет одинаковые частотные характеристики. Соответственно, когда психолог безоценочен, эмпатичен, конгруэнтен текущему эмоциональному состоянию клиента, их частотные характеристики совпадают, что приводит к возникновению резонанса в полевой структуре клиента и, как следствие - значительно активизируются и усиливаются переживания клиента, ведущие к инсайту.

Impact on the client's psychologist during client-centered psychotherapy

Mitasov Sergey Yuriyovych.

Senior lecturer in psychological counseling of the Moscow-State Regional University, Master of Psychology.

### **Модель проведения психологической реабилитации с ранеными участниками боевых действий на госпитальном этапе**

**Митасова Е.В.**

*Профессор кафедры психологии Военного университета МО РФ, к.псих.н., доцент*

Разработка подходов к психологической помощи раненым в условиях стационарного лечения, которая бы позволила психологу скорректировать отношение военнослужащего к ранению и уменьшить выраженность его психо-эмоционального напряжения, предполагает создание теоретически обоснованной модели психологической реабилитации раненного участника боевых действий.

В процессе психологической реабилитации активными участниками являются: объект реабилитации - психолог и субъект реабилитации – раненый, участник боевых действий.

Взаимодействие субъекта и объекта реабилитации регламентировано институциональными нормами, социальных институтов (групп), в которых проходит этот процесс. В этой связи, рассмотрим модель психологической реабилитации через призму следующих элементов социально-психологических условий процесса: объектные условия, субъектные условия и институциональные условия.

К институциональным условиям относятся: а) первичная социальная группа (другие раненые в палате, медицинские работники), в зависимости от ее направленности результативность процесса реабилитации может быть: «положительной» – реабилитация возможна, «неопределенной» и «отрицательной» – реабилитация

невозможна или затруднена; б) вторичная социальная группа (друзья, однополчане, семья, общество), которая тоже в свою очередь может способствовать или препятствовать процессу психологической реабилитации на госпитальном этапе.

К субъектным условиям относятся: личностные особенности военнослужащего, находящегося в одновременном процессе осознания своего положения и установления группового статуса в палате.

Этот процесс зависит от эмоционального, когнитивного и поведенческого компонентов личности раненого, если осознание возможно, то появляется мотивация на выздоровление т. е. формируется внутренняя картина здоровья или наоборот.

Объектные условия определяются деятельностью психолога, включенной в ход соматического лечения в процессе реабилитации. Большое значение играет его, профессиональная подготовленность, умение организовывать взаимоотношения в палате, личностные особенности и профессиональные качества, наличие или отсутствие которых также влияют на результативность процесса реабилитации.

Проведенное исследование, результаты анализа отечественной и зарубежной психологической литературы показали важность учета влияния всех социально-психологических условий на процесс психологической реабилитации и способствовали формированию теоретически обоснованной модели психологической реабилитации участников боевых действий в госпиталях, которая представляет собой замкнутую систему взаимодействия личности раненого, социальной среды, профессиональной деятельности психологов и врачей в интересах создания социально-психологических условий эффективного психологического воздействия на выздоровление раненых комбатантов и оптимизацию психореабилитационного процесса

Model of psychological rehabilitation of wounded combatants during hospital stay

Mitasova ElenaVladimirovna

Professor, Department of Psychology of the Military University of the Russian Federation Ministry of Defense

### **Эффективность и подводные камни гипнотерапии с синдромом деперсонализации- дереализации.**

**Моторо М.Ю.**

*психолог Клиники –диагностического объединения при Российской Академии Естественных Наук. Москва, Россия*

В докладе представлены основные принципы и конкретные приемы работы с синдромом деперсонализации-дереализации.



Тяжелые и затяжные расстройства самосознания во многих случаях представляют собой сложные и противоречивые переживания невротической личности.

Перенесенные в детском возрасте стрессовые ситуации, позволяют невротике, создать новый психологический паттерн, который закрепляется, как модель поведения. В результате они стараются скомпенсировать свои страдания, создавая ложную субъективную реальность. Если в этих случаях своевременно и квалифицированно исключать эндогенное заболевание, то эффективным инструментом в корректровке невротической «псевдо» деперсонализации-дереализации, может стать ресурсная гипнотерапия, которая поднимая волевой потенциал, позволяет пациенту вновь обрести свое Я.

При недиагностированном эндогенном заболевании, что часто происходит тогда, когда оно протекает латентно, не сопровождается социальной декомпенсацией, а диагноз маскируется тотальным гиперконтролем, мышечным напряжением, ипохондрическими синдромами, применение ресурсной гипнотерапии может привести к резкому обострению или манифестации заболевания с развитием синдромов психотического регистра (аффективные, галлюцинаторные, параноидные, кататонические).

Учитывая это, гипнотерапию можно считать диагностическим инструментом при латентных формах эндогенных заболеваний.

Артем 23 г.— обратился по поводу синдрома деперсонализации -дереализации. Работал с психиатрами с 15 лет. Неоднократно был госпитализирован. Неустойчивый эффект привел к лекарственной зависимости и разочарованию в лечении и врачах, усложнились аномальные формы поведения, сформировалась тенденция к симптоматическому пьянству. В процессе работы удалось кристаллизовать психотерапевтическую мишень. Использовались методы гипнотерапии, ДПДГ, когнитивно-поведенческой терапии. Проведено 12 сессий. Катанамнез в течении 1 года и 1 месяца. Вышел на хороший социальный уровень.

Татьяна 27 лет — страдает синдромом деперсонализации- дереализации с 15 лет. Обращение к врачам не принесли результата.

Смогла скомпенсироваться в социуме, закончить высшее учебное заведение, достичь высоких результатов в профессиональной деятельности. Использовались методы гипнотерапии, проведено 9 сессий. В катанамнезе более 7 месяцев. Состояние улучшилось, состояние которое привело к обращению за помощью, ушло. Наладились отношения с противоположным полом, расширились социальные связи.

В данной статье не удалось отразить истинные переживания синдрома деперсонализации-дереализации. Но автор в праве утверждать, что гипнотерапия дает высокий эффект как в корректровке так и в диагностике данного синдрома.

### **Влияние материнского опыта в детско- родительских отношениях на развитие ребенка с ограниченными возможностями здоровья**

**Мухамедова Е.В.**

*перинатальный психолог, психотерапевт, член РПО, педагог- психолог МАОУ Гимназия №3 ГО Балашиха, председатель благотворительного фонда помощи семьям детей- инвалидов «Благодарение», консультант Перинатального центра ГО Балашиха.*

Для многих женщин исход беременности и родов может быть громадным сдвигом к подлинной зрелости и возрастания самоуважения, для других – наоборот, это может быть патологическим разрешением потенциально нагруженных чувством вины ранних материнско-детских отношений (Г.Г.Филиппова, 2002).

Особенно стрессовой является первая беременность, так как она означает окончание независимого существования и начало «безвозвратных» материнско-детских отношений, поскольку отныне психическое равновесие матери становится связанным с запросами беспомощного и зависимого существа.

Моя практическая деятельность как педагога-психолога в основном связана с детьми. Чаще всего — это дети с нарушениями поведения и дети с ограниченными возможностями здоровья. Кроме того, я провожу работу с родителями этих детей.

Как психолог я порой сталкиваюсь с ситуацией, когда родителям надо научиться жить с установленным диагнозом своего малыша- детский церебральный паралич (ДЦП), даун, глубокое ЗПР, олигофрения, аутизм различной степени тяжести.

Каждый родитель, столкнувшийся с тяжелой болезнью своего ребенка, стремится получить максимум информации, имеющей отношение к проблеме. Знания помогают семье реально взглянуть на болезнь и способы ее лечения, дают необходимые силы для борьбы с недугом, позволяют следить за последними тенденциями в области медицины.

Но, порой, в погоне за новыми технологиями лечения и поиском очередного специалиста, они упускают из вида личность самого ребенка. А ведь попытка взглянуть на болезнь «изнутри» — глазами ребенка — и есть лучший способ ее понять.

Проводя работу психолога в течении трех лет в реабилитационном центре для детей с ограниченными возможностями здоровья я увидела некую взаимосвязь между степенью нарушения ребенка (не всегда врожденной), материнским принятием этого нарушения, и переживанием матерью своих «детско- родительских» взаимоотношений.

Эмоциональное благополучие является наиболее емким понятием для определения успешности развития



ребенка с нарушениями, и во многом оно зависит от благополучного взаимодействия «мать—дитя». Выводы таковы- входные данные были совершенно разные по степени нарушенности ребенка, но в настоящее время дети у которых мамы эйфорические и избегающие, не желающие принимать действительность, имеют более серьезные детские нарушения по сравнению с исходными данными и регресс в развитии.

Мамы тревожно- амбивалентные, но все-таки принимающие действительность имеют перспективы в развитии детей, даже с тяжелыми психическими и физическими нарушениями.

The impact of maternal experience in child–parent relationships on child development with disabilities

Mukhamedova Elena Valerievna

perinatal psychologist, psychotherapist, a member of RPC (Russian Psychological Society), teacher-psychologist in Gimnasium №3 Balashikha, chairman of charitable foundation of assistance to families of children with disabilities «Thankfulness», consultant in the perinatal center in Balashikha.

### Ценностно-смысловые отношения в паре, денежный аспект

**Некрасова Е.А.**

*Старший преподаватель кафедры психологии  
Военного университета*

Специалисты, работающие с парами, всегда упоминают о периоде адаптации, приходящемся на первые года отношений. В числе прочего адаптация предполагает выработку общих супружеских ценностей, т.е. взаимообсуждение и нахождение общих точек зрения, выработку позиций по противоречивым либо конфликтным позициям.

В реальности мы видим, что общесупружеское поле ценностно-смысловых позиций, взглядов – явление редкое. Иллюстрацией является высокий уровень разводов, который отмечается и в нашей стране.

Можно выделить несколько причин возникновения конфликтов и противоречий в ценностно-смысловом поле пары: во-первых, нет традиций, которыми бы руководствовались пары.

В обществе идеализировано представление о формировании пар, часто можно услышать о «вторых половинках», «принцах», «идеальных партнерах». Это побуждает партнеров не «работать» по выстраиванию общего пространства, а фантазировать об идеальных отношениях, как готовой данности.

Во-вторых, партнеры часто не предполагают иных точек зрения в паре, считая свою единственно верной, об-

суждения видятся не целесообразными, а ситуации где становятся очевидными противоречия вызывают недоумение.

Одна из тем, требующих выработки единой или непротиворечивой точки зрения – деньги.

При работе с парами многие специалисты воспринимают тему денег как символ, иносказание о других проблемах.

Действительно, тема денег может говорить о борьбе за власть, конкуренции, проблемах коммуникации в паре. Но нужно понимать, что сама по себе тема денег является неоднозначной и противоречивой. Для разных людей деньги – разный по ценности и смыслу элемент социального взаимодействия.

Различно поведение относительно денег (транжирство, накопительство), отношение к ним (зло, добро и прочее), место, отводимое в жизни (получение денег как самоцель либо как случайная, нерегулярная ситуация) и т.д.

Следовательно, образуя пару, люди могут по-разному понимать феномен денег.

Большинство тем, и ситуаций в нашей жизни могут иметь различную трактовку, но тема денег выбивается из этого ряда.

Главной причиной является отсутствие норм обсуждения денег как таковых, так и их роли в обществе. Эти темы относятся к неприличным и не обсуждаются. В начале отношений в паре нет доверия и понимания необходимости обсуждения табуированной обществом темы денег, а часто нет и четко сформулированных собственных позиций, которые можно предъявить партнеру, так как отношение к деньгам было воспринято из устоев семьи и социального окружения в ходе социализации, зачастую без обсуждений.

Value-semantic relations in the pair, the monetary aspect  
Nekrasova Ekaterina Aleksandrovna

Senior teacher of Department of psychology Military University

### Стресс как норма современной жизни

**Немерова Н.В.**

*Магистр кафедры Психологического  
консультирования факультета психологии  
Московского государственного областного  
университета*

В настоящее время стресс является неотъемлемой частью нашей жизни. Изучение стресса стало научной проблемой, как для теоретиков-исследователей, так и для практиков, работающих с состояниями напряжения, возникающими у каждого человека под влиянием



сильных эмоций, позитивных и негативных средовых воздействий.

Уже известно, что незначительные стрессы неизбежны и безвредны. По образному выражению Н. Н. Rizvi «... стресс вездесущ; он является оттенком жизни: одним нравится его вкус и они используют его для достижения желаемого результата, другим он не нравится и их организм стремится отреагировать на стресс должным образом».

В свою очередь Ганс Селье указывал, что продолжительный стресс вредно действует на организм.

В своей книге «Терапия, которая работает с телом (Биоэнергетика)» Александр Лоуэн отмечает «Стресс неблагоприятно влияет как на физическое, так и на эмоциональное здоровье человека».

Так как мы живем в высшей степени в стрессовое время, мы должны научиться защищать наше тело и разум от вредного его влияния.

Чтобы уменьшить уязвимость от стресса, нужно работать и ввести физическую и психологическую защиту против «разочарования».

Это нелегкая задача в культуре, которая считает важнейшими ценностями успех и достижения, способность подняться наверх и находиться там. Наше эго недостаточно сильно, чтобы принять неудачу, и таким образом мы вынуждаем наше тело противостоять ситуациям, вредным для здоровья.

В результате наш успех оказывается временным и пустым, а тело разрушено под воздействием длительного стресса.» Было замечено, что во время сильного напряжения, люди плотно стискивают челюсти, зажимают ноги, сводят колени, напрягают плечи и прилагают для борьбы невероятные усилия, так как не могут пасовать перед трудностями.

Стресс — это отклонение от нормы, привычного состояния. Человек стремится к стабильности и в ситуации стресса ищет способы возвращения себя к привычной норме, или адаптации к новой ситуации. Возникает вопрос: «Можно ли управлять стрессом?»

Ответ очевиден, что управлять можно только своим телом, разумом и духом в той или иной ситуации. Александр Лоуэн утверждает: «Когда мышечное напряжение в курсе терапии уменьшается, человек обнаруживает, что он более эффективно может справиться со стрессами в личных ситуациях».

Секрет борьбы со стрессами заключается в том, что просто нужно иметь достаточное количество энергии для встречи с ними, но это возможно только в том случае, когда тело относительно свободно от напряжений».

Stress as a modern life norm

Nemerova Natalia Valentinovna

Master's Degree Student of the Psychological Counseling chur, Faculty of Psychology, Moscow Region State University

## Новые методы оценки психосоматических соотношений у женщин в период беременности

**Николаева Е.Ю.**

преподаватель Гуманитарного университета  
(г. Екатеринбург)

**Сандомирский М.Е.**

преподаватель Института групповой и семейной психотерапии (г. Москва)

Психосоматические нарушения у беременных выделяют в особую группу психосоматических расстройств (Смулевич А.Б., 1997). Беременная женщина испытывает гестационный стресс, связанный с регрессией, который может усиливать как преэкламптическое соматическое неблагополучие, так и телесные процессы, связанные со специфической патологией беременности (Сандомирский М.Е., 2014). Необходимо также учитывать, что ее психосоматическое состояние накладывает отпечаток не только на пренатальное, но и на постнатальное развитие ребенка. благодаря гестационному микросоциальному взаимодействию.

Для оценки психосоматического статуса нами были обследованы 18 беременных женщин с нормальным протеканием беременности, проходивших консультацию психолога. Контрольную группу составили 159 здоровых небеременных женщин детородного возраста (Сандомирский М.Е., 2005–2013).

В целом у беременных обнаружены проявления вегетативной дистонии по типу симпатикотонии (суммарный симпатический тонус в исследуемой группе  $13,881 \pm 1,767$  баллов, в контрольной группе  $8,806 \pm 0,240$ ,  $p < 0,01$ ), особенно отчетливо выраженные в отношении эрготропных надсегментарных проявлений, протекающих в форме психовегетативного синдрома ( $7,200 \pm 1,025$  относительно  $4,440 \pm 0,165$  в группе сравнения,  $p < 0,01$ ). С одной стороны, это отражает соматическую отягощенность беременных: усредненная клиническая сумма КАСМОН (по тесту АДИМС) у них составила  $7,000 \pm 0,598$  баллов (против  $5,380 \pm 0,342$ ,  $p < 0,05$ ). С другой стороны, в клинику вносит вклад соматизация; соматоформный показатель по тесту SOMS  $25,050 \pm 1,393$  (против  $20,130 \pm 0,933$ ,  $p < 0,01$ ).

Среди психологических факторов, составляющих базу для соматизации (по тесту SQL-90-r), отмечены проявления тревожно-депрессивного синдрома (межличностная тревожность у беременных  $1,414 \pm 0,335$  против  $0,663 \pm 0,090$  в группе сравнения,  $p < 0,05$ ; депрессивность  $1,471 \pm 0,250$  против  $0,658 \pm 0,087$ ;  $p < 0,001$ ). Выявлен также более высокий, чем в контрольной группе, уровень обсессивности-компульсивности ( $1,514 \pm 0,346$  против  $0,732 \pm 0,094$ ,  $p < 0,05$ ), включая негативные мысли, связанные с протеканием беременности и родов. Высокая паранойальность ( $1,515 \pm 0,298$  против



0,559±0,082,  $p < 0,001$ ) может затруднять микросоциальную адаптацию и потенцировать конфликты в ближайшем социальном окружении.

Полученные результаты могут служить обоснованием целесообразности включения психосоматической саморегуляции в программы психологического сопровождения беременных и психопрофилактической подготовки к родам.

New methods of psychosomatic correlations assessment in pregnant women

Nikolaeva Elena Yu.

lecturer at Humanities University (Ekaterinburg)

Sandomirsky Mark Evgenyevich

lecturer at the Institute for Group and Family Psychotherapy (Moscow)

### Анализ современных подходов к профилактике социальных эпидемий

**Нургазина А.З.**

*к.м.н., врач психотерапевт высшей категории РГКП «Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар (РК)*

**Пархоменко И.А.**

*кандидат педагогических наук, доцент кафедры психологии и педагогики КГУ им. А. Байтурсынова, г. Костанай, (РК)*

**Ескалиева А.Т.**

*директор РНПЦ МСПН, главный внештатный нарколог МЗ РК, нарколог высшей квалификационной категории, к.м.н., организатор здравоохранения высшей категории. г. Павлодар (РК)*

В сфере образования приоритетным направлением в решении проблем, связанных с формированием негативной зависимости, является профилактика. Остановимся подробнее на вопросе: «Кто должен заниматься профилактической деятельностью в школе?».

Во-первых - это психологи. Их основная задача - работа с детьми группы риска. Если в школе есть подростки, употреблявшие наркотики и прошедшие курс реабилитации, то психолог должен работать с ними в направлении социальной адаптации, осуществлять психологическую поддержку таких подростков. Также возможны случаи, когда ребенок эпизодически употребляет психоактивные вещества, при этом необходимо совместное сопровождение этого подростка специалистами отделов наркопрофилактики или реабилитационных учреждений. Также в задачи психолога входит проведение среди подростков тренингов психоактивной профилактики, способствующих развитию личности, способной противостоять как

внешним, так и внутренним факторам наркотизации. Лишь немногие школьные психологические службы имеют программы профилактики зависимых форм поведения. Зачастую профилактика - это мероприятия, проводимые периодически и стихийно, вместо целенаправленного процесса. Причина этого в том, что психологи в школах большую часть времени затрачивают на проведение диагностических исследований, тогда как приоритетными направлениями в деятельности школьного психолога должны быть профилактика и коррекция.

Во-вторых, профилактикой негативной зависимости в школе должны заниматься классные руководители. Практика показывает, что классные руководители не чувствуют себя вправе беседовать на эту тему с родителями или детьми. Они боятся этой проблемы и не хотят нести ответственность за происходящее, из-за этого возникает желание дистанцироваться, не вникать в суть данной проблемы. Поэтому почти всегда учителя приглашают школьных психологов или других специалистов. При такой стратегии организации работы, когда сам классный руководитель некомпетентен в сфере профилактики наркотической, других видов негативной зависимости, он не может оценить качество выступления и уровень подготовки лектора. Во всем мире признано, что некачественная подача информации производит обратный эффект, особенно для подростков, то есть лекция по профилактике наркомании превращается в рекламу.

В-третьих, одним из основных способов профилактики наркомании, противоправных действий и алкоголизма является организация занятости подростков во внеурочное время. За организацию досуговой деятельности учащихся отвечают заместители директоров учебных заведений по воспитательной работе, которые также как и классные руководители должны иметь определенный уровень подготовки в сфере профилактики негативной зависимости, им необходимо знать причины наркотизации и факторы, способствующие наркотической контаминации (устойчивости).

Основы профилактической работы с подростками должны знать социальные работники, социальные педагоги, также нельзя забывать о медицинском персонале образовательных учреждений. Каждая из этих категорий специалистов имеет свой собственный объект профилактики наркотической и других видов негативной зависимости, свои методы, каждая требует своего специфического подхода в обучении профилактической работе.

При организации профилактической работы в образовательных учреждениях в настоящее время можно выделить две главные проблемы: 1) квалификация и уровень подготовки специалистов, занимающихся профилактикой зависимых форм поведения; 2) методическое обеспечение профилактической деятельности.

Вопрос о качестве литературы по профилактике негативной зависимости среди детей и молодежи стоит не менее остро, чем вопрос о подготовке специалистов. Пособия должны быть адресными. Руководство для пси-



хологов должно включать в себя как разделы, информирующие о видах наркотиков и их действии на человека, так и рекомендации для организации бесед и семинаров для педагогов и родителей.

Кроме этого, руководство для психологов должно включать программу психоактивной профилактики. Для родителей должны быть изданы памятки, освещающие родителско-детские отношения, возможные причины конфликтов, недоверия, то есть то, что может способствовать наркотизации подростка.

Для педагогов, классных руководителей руководство должно включать краткие конспекты беседы с родителями по профилактике зависимых форм поведения. Важно, что педагогам недостаточно просто прочитать брошюру - педагога, прежде всего, нужно научить, как прочитать ту или иную лекцию или провести беседу с родителями.

### **Традиции отечественной музыкальной психологии и музыкотерапии в творчестве В.М. Бехтерева**

**Орлова Е.М.**

*психолог, психотерапевт, музыкант, действительный член ППЛ РФ*

Вопросы, поднятые в начале XX века наблюдениями и исследованиями многогранного ученого и врача, академика В.М. Бехтерева, касающиеся лечебного, гигиенического и воспитательного значения музыки, обретают свою особенную актуальность на современном этапе, в эпоху информационного общества.

В.М. Бехтерев был убежден, что основные черты будущей личности складываются в раннем детстве. Он утверждал, что музыкально-эстетическое воспитание, с которым достигается не только развитие слуха, но и нравственное развитие личности, должно начинаться с самого раннего возраста. В.М. Бехтерев инициировал научный подход к эстетическому воспитанию и исследовал возможности влияния музыки и различных видов творчества в поддержании психического здоровья. В целях использования музыки в повседневной воспитательной и медицинской практике («лечить не одними бромами, но и звуками»), В.М. Бехтерев указывал на необходимость объективного и всестороннего исследования влияния музыки на организм человека в союзе врачей и музыкантов.

Обращаясь к вопросу слуховой и музыкальной гигиены, и рассматривая его в общественно-санитарном значении, В.М. Бехтерев подчеркивал важность более ответственного отношения к использованию музыки в условиях коллективного городского общежития. Данную проблему ученый считал особенно актуальной по отношению к детям, утомленным и нервнобольным ли-

цам, что не утратило своей значимости и в настоящее время в условиях жизни в больших мегаполисах.

В сфере внимания ученого оказывается и тема влияния музыки на коллектив, как собирательную личность, значение музыки в культурной и трудовой жизни общества.

Высказываясь о способности музыки порождать такие социально-психические феномены, как коллективное сосредоточение, движение и настроение, В.М. Бехтерев в своих работах обращал внимание на объединяющее влияние музыки и ритма на слушателей в обстановке концерта, при массовых мероприятиях, в условиях коллективной работы на производствах, где музыка оказывается стимулирующим и облагораживающим обстановку средством.

По В.М. Бехтереву музыка как система символов через творчество композиторов и музыкантов-исполнителей выступает в качестве посредника общения, связывающего людей разных эпох и культур. Обозначенный В.М. Бехтеревым круг исследовательских и практических проблем в отношении влияния музыки на человека, указывает на необходимость осознания серьезной культурно-исторической, социальной и психотерапевтической роли музыкального искусства в жизни общества современной России.

*Traditions of russian music psychology and music therapy in the works of V.M. Bekhterev*

*Orlova Ekaterina Markovna*

*psychologist, psychotherapist, musician, member of the PPL of Russia*

### **Математическое моделирование психотипа личности методом выявления юнгианских дихотомий**

**Петрова Т.Н.**

*доктор философии в области психологии, старший преподаватель кафедры психологии Казанского (Приволжского) федерального университета.*

Эмпирически выявленные К.Г. Юнгом психотипы, раскрывающие глубинные свойства, которые определяют индивидуально-типологические тенденции функционирования психики, способы взаимодействия человека с миром, до сих пор не получили реального применения в психодиагностической практике.

Главной причиной игнорирования типологии является несовершенство диагностического инструментария. Поэтому целью нашего исследования является разработка методики идентифицирующей юнгианский психотип с высокой степенью достоверности.

Для представления о внутреннем мире испытуемого необходимо наблюдать психическую реальность в раз-



ных ракурсах, поэтому мы используем три различных подхода:

– интроспективный – позволяет реципиентам оценить свойства собственной психики и непосредственно соотнести их со структурными элементами психотипа (методики Гуленко, Кейрси, Мегедь и Овчарова);

– проективный – основан на анализе особенностей взаимодействия с внешне нейтральным материалом, становящийся объектом проекции, он позволяет выявить слабоосознаваемые свойства, представляющие элементы психотипа (методики Друкаревич, Либина, Люшера, Торренса);

– концептуально-лингвистический – основан на обнаруженной нами идентичности семантики элементов юнгианского психотипа и качеств личности, выявляемых методиками Кеттелла, Лири, Роджерса.

Исходя из многомерности юнгианской модели типа личности, включающей в себя установки, образующие дихотомию «экстраверсия – интроверсия»; функции, также организованные дихотомически: «интуиция – ощущение», «мышление – чувство», диспозицию «иррациональность – рациональность», мы предложили математическое моделирование юнгианского психотипа в форме вектора в многомерном пространстве. Число измерений этого пространства равно числу элементов психотипа (их – 8). Психотип можно представить в виде векторного уравнения:

$$\text{ТИП} = Ee + i + Nn + Ss + Tt + Ff + Pp + Jj$$

(дихотомии подчеркнуты),

где – e, i, n, s, t, f, p, j – единичные базовые векторы, соответствующие элементам юнгианского психотипа: экстраверсия, интроверсия, интуиция, ощущение, мышление, чувство, иррациональность, рациональность.

E, I, N, S, T, F, P, J – коэффициенты определяются, исходя из каждой конкретной методики. Ведущий элемент в дихотомии определяется большим значением коэффициента. Комбинация ведущих элементов фиксирует юнгианский психотип. По К.Г. Юнгу – психика человека содержит все рассмотренные компоненты дихотомий, и, хотя чаще используются доминирующие для данного индивида функции и установки, на первый план может выйти слабая составляющая. Эти флуктуации не будут влиять на конечный результат типирования, если использовать пакет методик и интегрировать их результаты. Предложенная векторная модель психотипа позволяет осуществить эту интеграцию (сложением построенных по каждой методике векторов).

Mathematical modelling of a psychological type through identification of jungian dichotomies

Petrova Tatiana N.

Doctor of Philosophy in Psychology, Senior Lecturer in Psychology Department, Kazan (Volga Region) Federal University

## Современное состояние психотерапевтической помощи во вспомогательных репродуктивных технологиях в мире

**Печникова Е.Ю.**

*Генеральный директор, Медико-психологическая клиника ООО «Семья с плюсом», руководитель модальности перинатальная психотерапия и психология и психология репродуктивной сферы*

Бурное развитие ВРТ в последние 30 лет привело к необходимости оказания специализированной психологической помощи в этом сложном способе лечения бесплодия, признанном как самостоятельный фактор риска и как стрессоген.

Исследования по всему миру (страны Северной и Южной Америки, страны Европы, Австралия, Индия и т.д.) отмечают необходимость психологической помощи не только женщинам, но супружеским парам, входящим в ВРТ, дифференцируя разность отношения к процедуре и ее исходам у мужчин и женщин. Определяются этапы, где необходима эта помощь: подготовка к ЭКО, лечение, пункция, перенос эмбрионов, наступление или не наступление беременности.

Наиболее «острыми» и требующими особой психологической поддержки по данным многочисленных авторов является этап пункции и ожидание теста на беременность. У всех авторов отмечается улучшение исходов при оказании специализированной психологической помощи. Отдельные исследования посвящены эмоциональному приспособлению бесплодных женщин в программах ЭКО, после удачных исходов, а также множественных неудачах и продолжении состояния бездетности. Все авторы выделяют необходимость работы с тревогой у женщин, входящих в лечение ВРТ, и работы с горем при неудачных исходах (отсутствие беременности и выкидыши).

Теоретические основы моделей консультирования, описанные в зарубежной литературе, касающейся ЭКО, на сегодняшний день чрезвычайно различны. Это и психо-динамическая психотерапия, и когнитивно-поведенческая, проблемно-ориентированная терапия, терапия кризисных состояний и терапия горя. Отмечается, что разнородность не гарантирует достижения стандартного и прочного результата в психотерапии для бесплодных пар, проходящих ЭКО.

Современный отечественный подход, существующий в модальности перинатальной психологии и психотерапии и психологии репродуктивной сферы, является научным структурированным подходом. Бесплодие – не «Кара Божья». К этому состоянию есть предикторы, начиная с внутриутробного периода и эпигенетической модификации элементов репродуктивной системы, онтогенетических нарушений в развитии мужчин и женщин, усугубляющиеся конкретными личностными



особенностями и личными обстоятельствами жизни, приводящим к дистрессам. Развивающееся в результате этих факторов бесплодие усугубляет дистресс и замыкает порочный круг. Лечение бесплодия обязательно должно быть комплексным и включать специальную полимодальную психотерапию (репродуктивную) со специфическими приемами в терапии ВРТ.

Current status of psychotherapy help for assisted reproductive technology in the world.

Elena Pechnikova

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

### Мать как духовный психотерапевт

**Положая З.Б.**  
ОППЛ, Москва, Россия

В соответствии с современными взглядами на необходимость комплексной терапии тяжелых соматических заболеваний у детей, особое значение приобретает разработка мер медико-психологического характера, позволяющих повысить общий жизненный тонус ребенка, активизировать дополнительные возможности детской психики, и направить их на улучшение его самочувствия и выздоровление. Отсюда следует необходимость введения психотерапевтического компонента в программу лечения и реабилитации детей с тяжелыми (в частности, онкологическими) формами заболеваний.

По нашему мнению, для достижения этих целей наиболее адекватна духовная психотерапия, где важнейшей действующей фигурой может и должна быть мать больного ребенка.

В настоящее время в клинической медицине существует явная недооценка роли матери в процессе исцеления ребенка. Все заботы о нем перекалдываются на плечи врачей, осуществляющих медикаментозное лечение, но не имеющих возможности и не способных обеспечить духовный психотерапевтический компонент. Вместе с тем, именно он зачастую играет решающую роль в эффективности проводящегося лечения.

Мать обладает особыми, данными ей самой природой, возможностями духовного воздействия на ребенка. Причем, главными элементами духовного и физического здоровья детей, являются любовь, взаимопонимание и позитивное мышление.

Задача заключается в том, чтобы не только сориентировать матерей на помощь своим больным детям, но и обучить их, каким образом можно достичь желаемого результата. В частности, необходимо просвещение и обучение матерей таким методам духовной психотерапии,

как выработка позитивного мышления, техники управления собой, методы борьбы со страхом, формирование веры в себя, создание конструктивных целей и др.

Наш практический опыт показал существенное повышение эффективности лечения тяжелобольных детей при подключении их матерей к процессу духовной психотерапии.

Mother as spiritual psychotherapist  
Polozhaja Zlata

### Психотерапия тревожных расстройств в полимодальном подходе

**Полотнянко А.Н.**  
врач-психотерапевт, действительный член ППЛ,  
ООО «Академия здоровья», Ульяновск.

Вначале необходимо сделать несколько замечаний о психогенезе тревожных расстройств с точки зрения системной, психодинамической, экзистенциальной и когнитивно-поведенческой теорий.

Родительская система тревожных пациентов в большинстве случаев дисфункциональна. Налицо недостаточная дифференцированность от своих родительских семей. С психодинамической точки зрения тревога – это простейший компромисс между неприемлемым влечением и защитой от него. Тревога позволяет этому влечению разрядиться в замещенной форме.

Другой распространенный страх – страх собственной смерти, который может толковаться в экзистенциальном ключе. Тревожный пациент также страдает от недостатка смысла, своей жизни вообще и симптома в частности.

В сценарном анализе у тревожных пациентов выявляются типичные запреты. Образуется порочный круг из страха перед тревогой и повышенной готовности к ее возникновению. Происходит «научение» тревожным реакциям. Для тревожных пациентов характерны негативные суждения, неадекватные, зачастую иррациональные убеждения и дисфункциональные установки относительно себя и мира.

Можно выделить основные точки приложения психотерапии. Это терапевтические отношения, проработка ранних детских проблем, осознание и проявление своих чувств и желаний, сегрегация от дисфункциональной семейной системы, формирование Взрослой части личности, изменение неадекватных когнитивных установок и патологических эмоциональных стереотипов. В зависимости от особенностей конкретного случая большее внимание уделяется тому или иному компоненту психотерапии.

Проработка ранних детских проблем успешно решается модифицированными методами символдрамы и



психокатализа. Клиентам с определенными чертами характера большую пользу приносят интерпретации симптома в психоаналитическом или экзистенциальном ключе. Важным этапом работы является формирование т.н. «Банка поглаживаний» для изменения неадекватных установок клиента о себе.

Иногда нельзя обойтись без воздействия на семейную систему. Это может быть работа, как в семейном формате, так и индивидуально, при применении метода семейных расстановок в воображении.

Резюмируя, можно сказать, что в силу своей многогранности и открытости полимодальный подход может обеспечить комплексное лечение и легко приспособляется к индивидуальным нуждам и запросам тревожных клиентов.

### **Влияние СМИ на формирование патологий массового сознания**

**Пушкина М.А.**

*Кандидат психологических наук, декан факультета психологии Санкт-Петербургского Института Управления и Права.*

Цель доклада рассмотреть механизмы развития патологий массового сознания под влиянием СМИ. Первый механизм — перегрузка сенсорных систем человека.

Основа первого механизма - технические особенности СМИ. Например, телевизионная трансляция представляет из себя большое количество статичных изображений быстро сменяющих друг друга.

При этом специалисты пытаются механически усилить рекламные эффекты от телевизионного эфира, увеличивая интенсивность раздражителей: громче, ярче, динамичней.

Таким образом, телевидение стало выступать своего рода тренажером, который повышает порог чувствительности зрителя к внешним раздражителям, увеличивает скорость переключения внимания, снижает возможности человека концентрации внимания.

Второй механизм – девальвация необходимости построения причинно-следственных логических связей между фактами и событиями.

Предоставление информации через СМИ носит мозаичный характер, информация выдается без логических связей или используются очень короткие логические цепочки. Реципиент перенимает подобный способ переработки информации и даже не пытается строить логические цепочки в своей реальной жизни. Снижается критичность восприятия окружающей действительности.

Третий механизм – акцент на эмоции, СМИ выдают эмоциональноокрашенную информацию. Присутствует своеобразная «гонка эмоций». Чем больше эмоций, тем больше шанс, что реципиент запомнит информацию и сможет её воспроизвести.

Накал эмоций доходит до аффективного уровня. Чаще всего эксплуатируются негативные эмоции, так как негативные эмоциональные состояния быстрее активизируются (например, «праведный гнев»)

Четвертый механизм – разрушение моделей поведения человека, принятые в данном обществе и культурно-историческом периоде.

СМИ открывают окно возможностей для сомнений. Любое утверждение может быть доказано и тут же подвергнуто сомнению. Ничего постоянного нет, дезинформация человека в пространстве.

Пятый механизм – суррогат реального общения, то есть человек перестает нуждаться в личном общении с другими людьми.

И другие механизмы.

Самое неприятное — патология массового сознания под влиянием СМИ развиваются вне контекста рассмотрения содержания предоставления информации. Фактически под влиянием СМИ формируются новые по своим психологическим и психофизиологическим характеристикам люди, с более стандартными параметрами отражения окружающей действительности. Встает вопрос о том, как в дальнейшем будет развиваться ситуация и как адаптировать человека к влиянию СМИ с минимальными потерями.

The influence of the media on the formation of pathologies of mass consciousness.

Pushkin Maria

PhD, Dean of the faculty of psychology, St. Petersburg Institute of Management and Law.

