

МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ имени Л.Г. ЩУКИНОЙ

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

№ 3 (82) 2014 июль-сентябрь

1992—2009
МОСКОВСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Москва

ISSN 2075-3470

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций ПИ № ФС77-36580

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор
А.Б. Холмогорова

Редакционная коллегия
Ф.Е. Василюк, Н.Г. Гаранян (зам. главного редактора)
В.К. Зарецкий, Е.В. Филиппова, Э. Майденберг (США),
П. Шайб (Германия)

Редактор
М.А. Кони́на

Оригинал-макет
М.А. Баскакова

Адрес редакции:
127051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305
Телефон: +7 (495) 632-92-12
E-mail: moscowjournal.cpt@gmail.com
www.cppjournal.ru

Вопросы подписки и приобретения:
127051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305
Телефон: +7 (495) 632-92-12
E-mail: moscowjournal.cpt@gmail.com

*Редакция не располагает возможностью вести переписку,
не связанную с вопросами подписки и публикаций*

Перепечатка любых материалов, опубликованных в журнале «Консультативная психология и психотерапия», допускается только с разрешения редакции

В оформлении обложки использован фрагмент картины
Е.Е. Волкова «Золотая осень. Тихая речка»

© МГППУ. Факультет консультативной и клинической психологии, 2014

Формат 60×84/16. Гарнитура Newton C. Усл. печ. л. 13,25. Тираж 1000 экз.

- 6 *Холмогорова А.Б.*
От главного редактора

***СПЕЦИАЛЬНАЯ ТЕМА: «СЕМЬЯ В ФОКУСЕ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ»***

- 8 *Строкова С.С.*
Направления изучения семейной идентичности в психологии
- 23 *Воликова С.В., Юдеева Т.Ю.*
Семейные факторы хронических школьных прогулов
- 43 *Суроегина А.Ю., Холмогорова А.Б.*
Динамика психоэмоционального состояния родителей подростков и молодых людей, проходящих реабилитацию после травмы спинного мозга
- 65 *Бельков С.Н.*
Влияние родительского отношения к семье на успешность реабилитации наркозависимых

ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ

- 80 *Колтачников В.В.*
Психотехническая система клиентоцентрированной психотерапии
- 93 *Погодин И.А.*
Теория и методология психотерапии, фокусированной на переживании: диалогово-феноменологический подход
- 105 *Расторгуева Е.Н.*
Самоактуализация как субъектный феномен

АНТРОПОЛОГИЯ. ФЕНОМЕНОЛОГИЯ. КУЛЬТУРА

- 119 *Конина М.А., Холмогорова А.Б.*
Феномен неограниченного сексуального поведения в историческом контексте разных типов сексуальной культуры

МАСТЕРСКАЯ И МЕТОДЫ

- 141 *Сычев О.А., Гордеева Т.О.*
Программы психологической профилактики депрессии у подростков
- 158 *Бужас Т.М., Танькова О.А.*
Феноменологическое описание процесса произведения смыслов методом «Ведомого рисования»

- 183 *Рассказова Е.И., Кошелева Н.В.*
Психологические методы изменения поведения, связанного со здоровьем: возможности и ограничения

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

- 206 *Бойко О.М.*
Краткосрочное проблемно-ориентированное психологическое консультирование в рамках психиатрического стационара: анализ возможностей на примере случая из практики
- 213 *Баканова А.А.*
Опыт психологической помощи ребенку 1,5 лет в ситуации пожара
- 226 Наши авторы

6	<i>Kholmogorova A.B.</i> From the Editor
	<i>SPECIAL TOPIC: "THE FAMILY AS THE FOCUS OF PSYCHOLOGICAL CONSULTING"</i>
8	<i>Strokova S.S.</i> Approaches to family identity research in Psychology
23	<i>Volikova S.V., Yudeeva T.Y.</i> The family factors of chronic school truancy
43	<i>Suroegina A.Yu., Kholmogorova A.B.</i> Psychoemotional status of parents of teenagers and young people rehabilitated after spinal cord injury
65	<i>Belkov S.N.</i> Parental attitudes toward family's influence on success of drug addict's rehabilitation
	<i>THEORY AND METHODOLOGY</i>
80	<i>Kolpachnikov V.V.</i> Psychotechnical System of the Client-Centered Psychotherapy
93	<i>Pogodin I.A.</i> Theory and methodology of experience-focused psychotherapy: dialogue-phenomenological approach
105	<i>Rastorguyeva E.N.</i> Self-actualization as subjectivity phenomenon
	<i>ANTHROPOLOGY. PHENOMENOLOGY. CULTURE</i>
119	<i>Konina M.A., Kholmogorova A.B.</i> The phenomenon of unrestricted sexual behavior in the historical context of different types of sexual culture
	<i>WORKSHOP AND METHODS</i>
141	<i>Sychev O.A., Gordeeva T.O.</i> Depression Prevention Programs for Adolescents
158	<i>Buyakas T.M., Tankova O.A.</i> Phenomenological description of the process of producing meanings by the method of Guided Drawing
183	<i>Rasskazova E.I., Kosheleva N.V.</i> Psychological interventions for health behavior change: opportunities and limitations
	<i>STUDY CASE</i>
206	<i>Boyko O.M.</i> Short-term problem-oriented psychological consulting in a psychiatric setting: opportunity's analysis on case study
213	<i>Bakanova A.A.</i> The experience of psychological assistance to the child 1.5 years in situation of fire
226	Our authors

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Третий номер этого года собрал несколько статей, которые мы объединили под рубрикой «Семья в фокусе психологического консультирования» в качестве специальной темы, которая открывает номер. Стремительно меняющийся уклад современного общества приводит ко все большей проблематизации ценности семьи: постоянно растет число одиноко проживающих и не желающих заключать брак, растет число разводов, все более социально приемлемой становится частая смена сексуальных партнеров вплоть до широкого распространения феномена неограниченного сексуального поведения. В консультировании и психотерапии, напротив, все больше осознается и подтверждается доказательными исследованиями высокая значимость семьи и конструктивных отношений в ней для психического благополучия и здоровья человека. В четырех статьях разных авторов, посвященных семье и семейным отношениям, рассматриваются разные проблемы семейного консультирования, начиная с теоретической, посвященной понятию семейной идентичности, в которой ее автором С.С. Строковой показано, какое важное место занимает семейное «мы» в контексте целостной идентичности человека. Практические вопросы ставит перед психологом-консультантом учатившееся явление школьных прогулов, перед которым часто оказываются бессильными и учителя, и родители. В статье С.В. Воликовой и Т.Ю. Юдеевой на примере конкретных случаев проанализированы семейные факторы школьных прогулов и обоснована необходимость работы с семьей для решения этой проблемы. В двух других статьях рассмотрены семейные аспекты реабилитации с тяжелой спинальной травмой (А.Ю. Суроегина, А.Б. Холмогорова) и с наркозависимостью (С.Н. Бельков).

Специальную тему номера в каком-то смысле дополняет и оттеняет обзор М.А. Кониной и А.Б. Холмогоровой в рубрике «Антропология. Феноменология. Культура», направленный на анализ феномена неограниченного сексуального поведения как тревожного явления современной культуры, ведущего к девальвации семейных ценностей и утрате эмоциональной близости в партнерских отношениях. Нам представляется, что психологи и психотерапевты, выполняя функцию «лейкоцитов» в патогенных явлениях культуры и общества, призваны сфокусировать свое внимание на роли семейных отношений в профилактике и преодолении серьезных проблем поведения и здоровья. В связи с этим

в фокусе их внимания должны также находиться опасные процессы, которые могут привести к ухудшению психического здоровья не только у современников, но и у будущих поколений — потомков, выросших в дисфункциональных или разрушенных семьях.

В традиционном разделе «Теория и методология» публикуются три статьи, которые также можно было бы выделить в специальную тему, так как все они посвящены анализу концептуального аппарата гуманистической психотерапии. Все три статьи свидетельствуют о необходимости нового взгляда на традиционные подходы и понятия с целью их осмысления в контексте новых тенденций и подходов в психологическом консультировании. В.В. Колпачников обращается к клиентцентрированному подходу с целью систематизации его психотехнического арсенала. В статье И.А. Погодина рассматриваются подходы, сфокусированные на переживании с особым акцентом на специфике диалога. Методологический анализ понятий самоактуализация и субъектность и их связи между собой проделан в статье Е.Н. Расторгуевой.

Как всегда в нашем журнале мы стараемся соблюдать баланс теоретических и практико-ориентированных статей. В рубрике «Мастерская и методы» авторами описаны практические подходы, которые пополняют арсенал психологов-консультантов в работе с детской депрессией (О.А. Сычев), с поиском смысла (Т.М. Буякас, О.А. Танькова), с опасным для здоровья поведением (Е.И. Рассказова, Н.В. Кошелева). Завершают номер две статьи в рубрике «Случай из практики»: О.М. Бойко рассматривает возможности краткосрочного консультирования пациентов психиатрического стационара, А.А. Баканова на примере помощи ребенку, не достигшему двух лет и пережившему серьезный стресс в результате пожара, проводит подробный анализ специфики такого рода помощи маленьким детям.

Следующий, последний, номер этого года планируется в виде спецвыпуска по проблеме социального познания и его нарушений при различных психических расстройствах.

А.Б. Холмогорова

НАПРАВЛЕНИЯ ИЗУЧЕНИЯ СЕМЕЙНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ В ПСИХОЛОГИИ

С.С. СТРОКОВА

В статье рассматриваются подходы к изучению феномена идентичности, виды идентичности. Показывается значимость изучения понятия семейной идентичности, акцентируется внимание на том, что семья — первая группа, с которой человек идентифицирует себя — определяет дальнейшее формирование личностной идентичности человека. Делается обзор существующих исследований семейной идентичности. Показывается, что такие исследования семейной идентичности либо в целом анализируют особенности семейной психологии, либо фокусируются на конкретной узкой проблеме. Некоторые авторы используют термин «семейная идентичность», но содержание этого понятия не уточняют. В статье рассматриваются основные аспекты семейной психологии, формируется понятийный аппарат семейной идентичности как научной проблемы, ее характеристики: структура и динамика. Обозначается и описывается формирование семейной идентичности, анализируются статусы семейной идентичности, их предпосылки и последствия.

Ключевые слова: семья, семейная психология, идентичность, виды идентичности, формирование идентичности, социальная идентичность, семейная идентичность.

Идентичность как научная проблема изучается в психологии сравнительно недавно, но в последнее время все больше обращает на себя внимание психологов [Андреева, 2011; Бухалова, 2012; Заковоротная, 1999; Лукьянченко, 2012; Тхостов, 2012; Шнейдер, 2001; Cigoli, Scabini, 2006 и др.]. Как пишет Л.Б. Шнейдер: «Человек становится “вполне человеком”, когда осознает свою идентичность. Идентичность есть психический компонент самосознания, формирующийся и существующий в мире человека.» [Филиппова, 2002, с. 12]. Особое внимание отечественных психологов обращено на проблему кризиса идентичности в связи с быстро меняющимся социальным пространством современного российского человека [Андреева, 2011]. Многие отечественные авторы изучают наблюдающийся в постсоветской действительности характерный для многих, в связи с радикальными экономическими и социаль-

ными общественными изменениями, кризис идентичности [Андреева, 2011; Бухалова, 2012; Филиппова, 2002].

Однако методологическая база исследований идентичности является устаревшей. При исследовании данного вопроса ученые сталкиваются с обширностью, многомерностью, многоплановостью этого понятия. Проблема изучения идентичности также состоит в том, что понятийный аппарат далеко не однозначен. Существуют работы по темам Я-концепции, самости, самосознания, самоопределения, идентификации, идентичности и др. — все эти смежные понятия часто смешиваются в одно. Кроме того, ученые сталкиваются с тем, что идентичность охватывает громадный пласт человеческого бытия, поэтому исследователи приходят к выводу, что необходимо условно разграничить идентичность личностную и социальную, непременно учитывая их фактическую неразрывность и взаимозависимость, как два лица бога Януса, представляющие одно и то же содержание.

Содержание понятия «идентичность» Э. Эриксон определяет как внутреннюю непрерывность и тождественность личности, как важнейшую характеристику ее целостности и зрелости, как интеграцию переживаний человеком своей неразрывной связи, отождествление себя с определенными социальными группами [Эриксон, 1963].

История изучения идентичности и различные подходы к определению идентичности

Появление вопроса об идентичности человека связывается с явлением тотемизма: отождествлением себя с предметами окружающего мира. В период Античности человек сравнивает и отождествляет себя уже с другими людьми, в Средневековье — с идеальным «божественным» образом. До 18 в. идентичность рассматривается как отражение принадлежности к определенному общественному классу [Заковоротная, 1999; Шнейдер, 2001]. Но постепенно человек начинает осмысливать себя в культурно-историческом пространстве. Как замечает С. Эллиот, с развитием общества растут две потребности — в осознании идентичности и ее признании другими людьми [Elliott, 2011].

Современный этап развития идентичности А. Гидденс описывает как результат культуры Позднего модерна: «Идентичность и самоидентичность не даны в процессе деятельности, а создаются и поддерживаются в рефлексивной активности повседневной жизни» [Giddens, 1991, с. 53, 55].

В истории психологического знания первым исследователем, опи-сывавшим в своих трудах вопрос идентичности, был классик психологии *Уильям Джеймс* (1890). Он говорит о природе идентичности как о

последовательном и непротиворечивом субъективном чувстве своего «Я», противопоставляемом окружающему миру [Джеймс, 1991].

3. *Фрейд* определяет идентичность как внутреннюю силу, условие равновесия личности. Последователи З. Фрейда развивают вопрос идентичности: *М. Кляйн* говорит о проективной идентичности; *А. Фрейд*, изучая защитные механизмы личности, выделяет защитную идентичность; *М. Эйнсворт, Дж. Боулби* и коллеги в рамках теории объектных отношений рассматривают вопрос идентификации, т. е. формирования идентичности путем отождествления себя с другими лицами. *Дж. Мид* рассматривал идентичность как понимание человеком целостности своей жизни и личности [Шнейдер, 2001].

Первым наиболее обстоятельно описывает идентичность *Э. Эриксон*. Э. Эриксон определяет идентичность как внутреннюю тождественность и непрерывность личности, т. е. понимание развития и становления своего «Я» во времени и пространстве, а также признание другими целостности личности [Эриксон, 1963]. Интересна близость концепции Э. Эриксона к культурно-исторической теории в понимании человека как продукта определенных условий во времени и пространстве.

Дж. Марсиа, развивавший идеи Э. Эриксона, понимает идентичность как структуру «Эго» — организацию потребностей, способностей, убеждений и индивидуальной истории [Зейг, 1998]. Похоже определение *П. Врицы*: «идентичность есть чувство индивидуальности, охватывающее убеждение, ценности, способности и виды поведения на более высоких логических уровнях». Приводится по: [Шнейдер, 2001, с. 28].

Теория социальной идентичности и теория самокатегоризации (Дж.С. Тэрнер, П.Дж. Оукс, С.А. Хэлем, В. Дэвид, 1994) определяют идентичность как эмоционально нагруженное знание о принадлежности к определенной группе, причем структура идентичности характеризуется через структуру социальных групп, зависящую от доступности (важности для человека) и приемлемости (объяснительной характеристикой социального пространства) конкретных идентичностей [Шнейдер, 2001].

С. Страйкер (Stryker) (2007) понимает социальную идентичность через структуру социальных ролей [Шнейдер, 2001].

Трехфакторная модель идентичности (Крочетти, 2010) характеризует формирование идентичности через взаимодействие трех процессов: выбора, поиска и пересмотра выбора, подчеркивая динамику феномена идентичности [Шнейдер, 2001].

А. Ватерман, О.Н. Дериси считают, что идентичность связана с наличием у человека четкого самоопределения, включающего в себя выбор целей, ценностей и убеждений (элементов идентичности), которым че-

ловек следует в своей жизни [Шнейдер, 2001]. О значимости ценностей для понимания идентичности говорит и *Ш. Тейлор*. Связывание идентичности с ценностными ориентациями человека не случайно. Еще *А.Н. Леонтьев* рассматривал личность как иерархию ценностей. Закономерно с этой точки зрения рассматривать идентичность как некоторую личностную ориентировку, определяющую ощущение уверенности человека в себе, в окружающем мире, ощущение стабильности, предсказуемости мира. *П.Я. Гальперин* [Гальперин, 2002] говорит о значимости ориентировочной основы деятельности, таким образом, ориентировочной основой социальной деятельности является идентичность как субъективное ощущение себя в качестве протяженной во времени и пространстве целостной личности, синтезирующей множество аспектов различных социальных ролей.

М.В. Заковоротная, изучавшая социально-философские аспекты идентичности, определяет идентичность как «многомерный процесс в человеческом становлении, исследование которого совмещает социальные, психологические, культурологические, биологические аспекты» [Заковоротная, 1999, С. 10].

Л.Б. Шнейдер определяет идентичность как «синтез всех характеристик человека в уникальную структуру, которая определяется и изменяется в результате адаптации и субъективной прагматической ориентации в постоянно меняющейся среде» [Шнейдер, 2001, С. 26].

Е.И. Рассказова и А.Ш. Тхостов сводят понятие идентичности к телесной принадлежности и ощущению обладания [Тхостов, Рассказова, 2012].

Таким образом, мы можем выделить три основных подхода к определению идентичности. Некоторые авторы связывают понятие идентичности с *ценностной сферой личности* (Ш. Тейлор (1977), Дж. Марсиа (1980), А. Ватерман (1982), О.Н. Дериси (1995), П. Врица (2001)). Другие исследователи фокусируют свое внимание на *социально-ролевых аспектах идентичности*, идентичность предстает в этом случае как результат взаимодействия человека и социума (М. Эйнсворт, Дж. Боулби (1978), С. Страйкер (2007), Х. Тейфел и Дж. С. Тернер (1986), П.Дж. Оукс, С.А. Хэлем, В. Дэвид (1994)). Третья группа авторов выделяет значимость понимания и ощущения, переживания *целостности собственной личности* для формирования идентичности (У. Джеймс (1890), З. Фрейд (1923), Дж. Мид (1934), Э. Эриксон (1968), М.В. Заковоротная (1999), Л.Б. Шнейдер (2001)).

Пытаясь определить идентичность, мы сталкиваемся с многомерностью, многоплановостью этого понятия, включающего в себя множество аспектов. Понятие «идентичность» стало настолько часто употребля-

емо, что развивается, воспользуемся аналогией Л.С. Выготского, «не в ствол, а в куст» [Выготский, 2005].

Можно выделить в идентичности объективную и субъективную составляющие. Объективная составляющая представлена структурой и динамикой идентичности. А субъективная составляющая представляет собой внутренний дискурс, достаточно сложно исследуемый. Таким образом, объективная составляющая идентичности активно изучается, а субъективная составляющая остается практически неизученной областью.

Для ощущения некоторого упорядочивания понятийного аппарата проблематики идентичности сейчас принято условно выделять виды идентичности. Основной классификацией является выделение социальной и личностной идентичностей. Тем не менее, следует помнить, что такое разделение всегда условно и не подразумевает противопоставления двух видов идентичности. Такая классификация предполагает, скорее, фокусирование на двух различных аспектах феномена: личностной идентичности самого человека относительно себя, событий, происходящих с ним; и социальной идентичности, относящейся к ориентировке в социальных ролях, принадлежности к различным группам, с которыми человек себя отождествляет. При этом идентичность относительно разных объектов может характеризоваться различной степенью сформированности.

Социальная идентичность, прежде всего, рассматривается в зависимости от группы, с которой человек себя отождествляет. В психологии уже выделены и исследованы следующие виды социальной идентичности:

- этническая идентичность [Егорова, Ким, 1997; Мухлынкина, 2008];
- гендерная или полоролевая идентичность [Бурн, 2004; Авдеева, 1996; НБелопольская, 1995; Максимов, 2011; Никитина, 2011; Рождественская, 2004];
- возрастная и половозрастная идентичность [Сорин, 2007; Изотова, 2009; Белопольская, 2010; Клопова, 2012];
- профессиональная идентичность [Шнейдер, 2001; Рикель, 2011];
- гражданская, национальная и этническая идентичность [Орестова, 2010; Дубовская, 2011; Бараш, 2012];
- религиозная идентичность [Рыжова, 2011; Мчедлова, 2012];
- семейная идентичность [Аккерман, 2000; Гротевант, 1997; Филипова, 2002].

Различные виды социальной идентичности достаточно подробно изучаются многими авторами, однако семейная идентичность до сих пор остается малоизученной областью психологии. Вопрос семейной идентичности зачастую косвенно затрагивается в психологии, мно-

гие авторы говорят о значимости изучения этого феномена, но до сих пор не разработан понятийный и методологический аппарат «семейной идентичности». Рассмотрим существующие исследования, тем или иным образом затрагивающие проблематику семейной идентичности.

Исследования семейной идентичности

Семья определяет развитие личности на протяжении всей жизни. По мнению *Л.С. Выготского*, единицей развития личности является ключевое переживание [Выготский, 2005]. Ключевое переживание в детском, а часто, в подростковом и взрослом возрасте имеет отношение к семье. От ключевого переживания также зависит характер восприятия семьи, себя как члена семьи, соответственно, себя как личности. Поэтому косвенно мы можем наблюдать ключевое переживание через особенности семейной идентичности и, с другой стороны, развитие личности обуславливает определенную семейную и личностную идентичность.

Быстро меняющаяся социальная действительность усложняет процесс формирования социальной идентичности человека, в том числе, семейной идентичности [Duncan, Phillips, 2008; Katz, Lowenstein, Phillips, Daatland, 2005; Pinquart, Silbereisen, 2005]. Изменяется институт, формы семьи, соответственно, формирование семейной идентичности происходит неоднозначно.

В психологии семьи для описания восприятия семьи ее членами введены различные понятия: «образ “Мы”» (А.В. Черников); «семейная идентичность» (Н. Аккерман); «эмоциональное и когнитивное “Мы” данной семьи» (Л.Б. Шнейдер); «карта семьи» (С. Минухин); «внутренняя картина семьи» (Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис); «семейные мифы» (А. Элис, А.Я. Варга); «семейное самосознание» (О.А. Карабанова); «семейный нарратив» (Е.Е. Сапогова); «имплицитная теория семьи» (Л.Р. Барнхил); «имплицитная концепция семьи» (Е.Ю. Алешина, Л.Я. Гозман) [Минеева, 2011, с. 3].

Впервые термин «семейная идентичность» появляется в работе Н. Аккермана. Он понимает семейную идентичность как «содержание ценностей, устремлений, ожиданий, тревог и проблем адаптации, разделяемое членами семьи или взаимодополняемое ими в процессе выполнения семейных ролей. Это эмоциональное и когнитивное “мы” данной семьи». Приводится по: [Зейг, 1998].

В настоящее время исследования семейной идентичности немногочисленны, носят точечный характер, часто несколько специфичны и не описывают полностью самого явления. Зачастую термин «семейная

идентичность» используется, но не определяется авторами; его упоминание косвенно и производится в рамках работы, направленной на изучение другого феномена.

Например, В. Киголи и Е. Скабини (2006) исследовали семейную идентичность мигрантов [Cigoli, Scabini, 2006]. Изучая семейную идентичность мигрантов, авторы помогали им ее осознать и принять в условиях новой страны. Авторы делают вывод о том, что семейная идентичность тесно соприкасается с культурной идентичностью, поскольку семья — инструмент передачи культуры из поколения в поколение.

К. Пэчтер (2000) говорит об особенностях личностной и семейной идентичности детей, воспитывающихся в гомосексуальных семьях, основываясь на своем личном опыте [Paechter, 2000]. К. Пэчтер описывает свои переживания и мысли при известии о гомосексуальной ориентации одного из своих родителей, автор использует термин «семейная идентичность», но не описывает и не определяет его.

К. Смат (2011), исследуя семейные секреты, говорит об их значимости в формировании и сохранении семейной идентичности [Smart, 2011]. Каждая история семьи становится отправным пунктом в изучении того, как функционирует семья, какой она себя представляет, как члены семьи обращаются с самыми слабыми членами, как они хранят и передают накопленные знания, и как семья конструирует свое пространство. Изучение семейных секретов вскрывает особенности семейной идентичности и может стать одной из методик изучения семьи, по мнению К. Смат.

Дж. Л. Ферроу (2013) упоминает о формировании новой семейной идентичности у детей-сирот, взятых на воспитание в семью. Авторы утверждают, что необходимо осознание эмоциональных связей для формирования семейной идентичности, в связи с чем доказывают необходимость применения эмоционально направленной семейной терапии [Furrow, Bradley, Johnson, Spotlight, 2013].

Н.А. Бухалова (2012) анализировала семейную идентичность и трансформацию семейных ценностей в позднем возрасте. Н.А. Бухалова говорит о значимости семьи, в особенности, брачного партнера для человека в позднем возрасте [Бухалова, 2012].

Н.В. Лукьянченко (2012) исследовала семейную идентичность осужденных женщин, имеющих детей. Она понимает семейную идентичность как «субъективный образ принадлежности к семейной группе, отражающий характеристики группы и своего функционирования в ней в структурном, содержательном (когнитивном) и эмоционально-оценочном аспектах. Она обеспечивает механизмы регуляции позиционирования и самопроявления индивидов в качестве членов семьи и одновре-

менно может рассматриваться как важнейшая составляющая психологического основания позиционирования человека в социуме и его жизнедеятельности» [Лукьянченко, 2012, С. 144].

Н.В. Лукьянченко выявила несколько особенностей семейной идентичности осужденных женщин: расширение включаемых в состав семьи лиц, нарушение поколенной последовательности за счет принижения собственной значимости для семьи, распределение эмоциональных связей по гендерному признаку (наиболее глубокие эмоциональные связи с членами семьи женского пола). Родительская позиция таких матерей характеризуется инфантилизацией и симбиотичностью.

О.А. Минеева (2011) связывает семейную идентичность с самосознанием личности, характеризующимся различной степенью включенности и противопоставления «Я» и «Мы» [Минеева, 2011]. О.А. Минеева рассматривает имплицитные теории семьи, применяя авторскую методику психосемантического анализа содержания имплицитных теорий семьи, выделяя составляющие ее категории и анализируя представление о семье по этим категориям. О.А. Минеева выделяет три уровня имплицитных теорий семьи: система базовых конструкций «я—семья—род», отношения в семье и функции семьи, которые оцениваются различно в зависимости от особенностей каждого человека.

Итак, мы видим, что некоторые авторы действительно говорят о семейной идентичности и значимости данного явления, но, тем не менее, фокус их исследований направлен не на непосредственно семейную идентичность, а на определенные вопросы, тем или иным образом связанные с ощущением принадлежности к семье, ее пониманием. В данной статье мы предполагаем заполнить теоретическую недостаточность в исследовании семейной идентичности, рассмотреть ее структурно-динамические характеристики.

Структурно-динамические характеристики семейной идентичности

Структуру семейной идентичности можно представить через следующие компоненты [Гальперин, 2002; Лукьянченко, 2012; Шнейдер, 2001; Эриксон, 1963].

1. Эмоциональный компонент (отношение к образу семьи, членам семьи, себе как к члену семьи и проч.). Как пишет Л.Б. Шнейдер, «Онтологическую сущность идентификации составляют чувства, переживания» [Шнейдер, 2001, С. 179]. Эмоциональная составляющая семейной идентичности обеспечивает ее целостность.

2. Когнитивный компонент включает в себя такие аспекты, как: знание своей принадлежности к семье, знание о степени своего соответствия канонам семьи, оценка семьи, дифференцированность или

слитность образа семьи, многогранность или слитность семейной идентичности, представление об идеальном образе семьи, стабильность или гибкость семейной идентичности. Стабильность семейной идентичности предполагает устойчивость сложившегося семейного образа, устойчивое ощущение принадлежности к семейному сообществу. Стабильность может переходить в ригидность семейной идентичности, что означает неспособность человека изменять сложившуюся семейную идентичность при изменении действительности, таким образом, образуется некоторая оторванность представлений человека от реальной ситуации, что приводит к сложностям в построении семейных отношений. Уровень гибкости семейной идентичности, т.е. способность изменять образ семьи при изменении условий функционирования семьи также входит в данный компонент. Нестабильность семейной идентичности характеризуется как изменчивость, непостоянство сложившегося образа семьи, поведенческих паттернов, ощущения себя как члена семьи, семейных ценностей. Когнитивный компонент обеспечивает способность принятия разных точек зрения, осмысления опыта, полученного в семье. Согласно теории социальной идентичности, отчетливые знания в отношении идентичности (Х. Тейфел, Дж.С. Тернер, 1986) являются результатом сравнения всех социальных проявлений внутри группы в ее взаимоотношениях с другими группами. На уровне когнитивного компонента семейной идентичности мы говорим о сравнении и оценке всех проявлений внутри семейной системы, а также о сравнении с другими семьями своей семьи. На основе этого сравнения рождаются некоторые оценочные компоненты по отношению к своей и к другим семьям, а соответственно, это влияет на положительное или отрицательное отношение к себе, к своей семье, принятие или непринятие образа семьи, т.е. на эмоциональный компонент семейной идентичности.

3. Поведенческий компонент (ритуалы, в которые человек вступает для поддержания причастности к группе, а также ритуалы, имеющие своей целью передачу и сохранение семейного опыта и проч.). А.Н. Леонтьев говорит о надсознательном опыте, являющемся продуктом накопленного человечеством знания, передающегося из поколения в поколение, которое выражается через поведение членов семьи [Гальперин, 2002]. Ритуалы могут быть характерными как для всего общества (бракосочетание, похороны и т.д.), так и для данной конкретной семьи (совместный ужин, просмотр кинофильмов и т.д.).

4. Ценностный компонент, т.е. приоритет семейных интересов.

Л.С. Выготский говорил о том, что любое явление нужно рассматривать в его динамике [Выготский, 2005]. Семейная идентичность также не

является чем-то постоянным, но представляет собой развивающуюся, изменяющуюся структуру. Динамические аспекты и формирование семейной идентичности на сегодняшний момент практически не изучены.

Е.И. Рассказова выделяет несколько механизмов формирования идентичности: эмоциональное заражение, идентификация (протекающая, по большей части пассивно, под влиянием группы), скрытая идентификация (скрываемая от других идентичность), слияние идентичности (слияние личностной и социальной идентичности), когнитивная и аффективная переработка как изменение социального опыта в соответствии с собственными целями и ценностями [Тхостов, Рассказова, 2012].

В процессе формирования семейной идентичности человек сначала идентифицирует себя с семьей. Семейная идентификация происходит как подражание, уподобление, усвоение принятых способов поведения, что отражается в поведенческом компоненте семейной идентичности. Постепенно ребенок начинает выделять себя из группы, анализировать и осмысливать полученный опыт семейных отношений, немного дистанцируясь, часто даже противопоставляя себя другим членам семьи (характерно для подросткового возраста). Но затем семейная идентичность дифференцируется, становится все более определенной, и человек по-новому осмысливает и родительскую семью, наполняя новым содержанием свою семейную роль, а также строит образ собственной семьи, стараясь его реализовать на практике.

Процесс развития идентичности Э. Эриксон понимает как одновременно интеграцию и дифференциацию различных взаимосвязанных элементов (идентификаций) [Эриксон, 1963]: всякий раз, когда возникают какие-либо изменения — биологические или социальные, — необходима интегрирующая работа «Эго» и переструктурирование элементов идентичности, так как разрушение структуры ведет к потере идентичности и связанным с этим негативным состояниям.

Развитие семейной идентичности не линейно, оно диктуется необходимым изменением семейной системы и проходит через определенные кризисы, когда возникает конфликт между сложившейся к данному моменту конфигурацией элементов идентичности с соответствующим ей способом «вписывания» себя в семью и изменившейся социально-психологической нишей существования индивида [Эриксон, 1963]. Социальная ситуация развития много раз меняется за время пребывания человека в семье и зависит от определенного этапа развития семьи и от возраста ребенка.

Дж. Марсиа, развивая концепцию идентичности Э. Эриксона, рассматривает 4 статуса идентичности [Зейг, 1998]. Аналогично можно рас-

смотреть статусы семейной идентичности, показывающие, насколько человек считает себя членом семьи и насколько определенно у него это чувство семейной идентичности.

- *Диффузный статус*, который характеризует совершенно не дифференцированный образ себя и отсутствие поиска собственной идентичности. Диффузный статус семейной идентичности говорит об отсутствии ощущения причастности себя к семье, недифференцированности образа семьи. Можно предположить, что такой статус характерен для детей-сирот, проживающих в детском доме, для детей в сложной семейной ситуации развития. Диффузная идентичность определяется и является следствием недостаточности общих для семьи целей и действий, направленных на их осуществление. Если человек не достигнет семейной идентичности, он, скорее всего, не сможет в будущем построить счастливую семью, так как будет повторять семейное пророчество («family target», по Р.Л. Миллеру [Miller, 2000]). Диффузный статус семейной идентичности является условием для бедности формирования также и личностной идентичности.

- *Статус моратория* характеризуется активным поиском семейной идентичности. Такой статус может быть часто характерен для подростков, когда они переоценивают своих родителей, свою семью, себя как члена семьи и общества, свою семью в системе общественной жизни.

- *Предрешенный статус* говорит о пассивном принятии идентичности, характерной для членов группы. Такой статус свойствен для маленьким детям или человеку, который не рефлексировал относительно своих чувств и ролей в семье.

- *Достигнутый статус идентичности* говорит об успешном синтезировании собственной идентичности из всего многообразия полученного социального опыта. Достигнутая идентичность — это понимание сложной системы семейных ролей, гибкое лавирование при деятельности в рамках выполнения каждой из ролей, их анализ и анализ своего поведения в них, в том числе, на фоне общественного понимания этих ролей.

Выводы

Исследование понятия «идентичность» в научном сообществе приобретает все большую популярность в связи с увеличивающейся скоростью жизненного ритма современного человека, с необходимостью идентифицировать себя, понимать целостность и непрерывность своего «Я» в изменяющемся мире.

Одним из важнейших видов социальной идентичности является семейная идентичность. Семейная идентичность — значимый и недостаточно изученный феномен в современной психологии, требующий изучения, разработки понятийного методологического аппарата.

Исследования семейной идентичности носят точечный, несистематизированный характер. Многие исследователи опираются на понятие семейной идентичности для изучения различных аспектов семейной жизни, но не раскрывают его.

Семейная идентичность имеет свои структурно-динамические характеристики.

Семейная идентичность обеспечивает целостное понимание причинно-следственных связей существующих отношений, основывающихся на семейных ролях. Семейная идентичность включает в себя также определенную степень осознания ретроспективы этих ролей, в том числе в межпоколенных связях; содержания и функции семейных ролей, характерных для данной конкретной семьи, а также распределения обязанностей и ответственности между членами семьи.

Представленный обзор является основой для дальнейшего исследования семейной идентичности подростков, живущих в семьях различных типов.

ЛИТЕРАТУРА

- Андреева Г.М.* К вопросу о кризисе идентичности в условиях социальных трансформаций [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн., 2011. № 6(20). С. 1. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 11.04.2014).
- Бухалова Н.А.* Семейная идентичность и трансформация семейных ценностей в позднем возрасте // Материалы международной заочной научно-практической конференции. Социология, политология, философия и история: современные тенденции развития (17 октября 2012 г.). Новосибирск: Сибирская ассоциация консультантов, 2012. С. 69—72.
- Выготский Л.С.* Психология развития человека. М.: Изд-во Смысл; Эксмо, 2005. 1136 с.
- Гальперин П.Я.* Лекции по психологии. М.: Книжный дом «Университет»: Высшая школа, 2002. 400 с.
- Джеймс У.* Психология. М., 1991. С. 14—354.
- Закоротная М.В.* Идентичность человека. Социально-философские аспекты. Ростов н/Д.: Издательство Северо-Кавказского научного центра высшей школы, 1999. 200 с.
- Лукиянченко Н.В.* Особенности семейной идентичности осужденных женщин, имеющих детей // Коченовские чтения «Психология и право в современной России», 2012. С. 144—145.

- Минеева О.А.* Возрастные и гендерные особенности содержания имплицитных теорий семьи. Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М.: МГУ, 2011. 35 с.
- Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И.* Идентичность как психологический конструкт: возможности и ограничения междисциплинарного подхода [Электронный ресурс] // Психологические исследования, 2012. Т. 5. № 26. С. 2. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 11.04.2014).
- Филиппова Ю.В.* Семейная идентичность в условиях современных социальных трансформаций // Материалы международной научно-практической конференции. Проблема становления личности: идентичность и зрелость. Толерантность и проблема идентичности. Ежегодник Российского психологического общества. Ижевск, 2002. Т. 9. Вып. 4. С. 225—229.
- Шнейдер Л.Б.* Профессиональная идентичность: монография. М.: МОРСУ, 2001. 272 с.
- Эволюция психотерапии: сб. статей. Т. 1. Семейный портрет в интерьере: семейная терапия / Под ред. Дж. К. Зейга; пер. с англ. Т.К. Кругловой. М.: Класс, 1998. 304 с.
- Эриксон Э.* Детство и общество. 2-е изд., 1963. 200 с.
- Cigoli V., Scabini E.* Family identity: ties, Symbols, and Transitions. London: Lawrence Erlbaum Associates, 2006. 235 p.
- Duncan S., Phillips M.* New families? Tradition and change in modern relationships. British Social Attitudes: The 24th Report. London: SAGE Publications Ltd, 2008. P. 2—29.
- Elliott C.* Enhancement technologies and the modern self // Journal of Medicine and Philosophy, 2011. № 36(4). P. 364—374.
- Flouri E.* Strong families, tidy houses, and children's values in adult life: are «chaotic», «crowded» and «unstable» homes really so bad? // International Journal of Behavioral Development, 2009. Vol. 33. № 6. P. 496—503.
- Furrow J.L., Bradley B., Johnson S.M.* Spotlight on theory: Emotionally focused family therapy with stepfamilies. Advancing Theory Through Research: The Case of Extrusion in Stepfamilies. Sourcebook of Family: Theory and Research. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2013. P. 213—239.
- Giddens A.* Modernity and selfidentity: self and society in late modern age. Cambridge: Polity Press, 1991. 256 p.
- Katz R., Lowenstein A., Phillips J., Daatland S.O.* Theorizing intergenerational family relations: solidarity, conflict, and ambivalence in cross-national contexts. Sourcebook of family theory and research. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2005. P. 393—422.
- Miller R.L.* Collecting and organizing family histories. Researching life stories and family histories. London: SAGE Publications, 2000. P. 42—73.
- Paechter C.* Growing up with a lesbian mother: a theoretically-based analysis of personal experience // Sexualities, 2000. Vol. 3. № 4. P. 395—408.
- Pinquart M., Silbereisen R.K.* Influences of parents and siblings on the development of children and adolescents. Sourcebook of family theory and research. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2005. P. 367—393.
- Smart C.* Families, secrets and memories // Sociology, 2011. Vol. 45. № 4. P. 539—553.

APPROACHES TO FAMILY IDENTITY RESEARCH IN PSYCHOLOGY

S.S. STROKOVA

In this article different approaches to the identity phenomena and it's types are described. The importance of investigation of family identity is shown. It's underlined that family if the first group of person's identifying, so the family influences development of personal identity. We describe family identity researches that have already been provided. We show that these researches usually analyze specifics of family psychology at whole or are focused on some concrete narrow problem, and then the authors just use this term without describing and defining it. In this article we view the main definitions of family psychology, describe and define family identity, it's characteristics: the structure and the dynamics of family identity. Also we describe formation of family identity and it's statuses, the causes and consequences of them.

Keywords: family, family psychology, identity, types of identity, formation of identity, social identity, family identity.

- Andreeva G.M.* K voprosu o krizise identichnosti v usloviyakh sotsial'nykh transformatsij [Elektronnyj resurs] // Psikhologicheskie issledovaniya: ehlektron. nauch. zhurn., 2011. № 6(20). С. 1. URL: <http://psystudy.ru> (data obrashheniya: 11.04.2014).
- Bukhalova N.A.* Semejnaya identichnost' i transformatsiya semejnykh tsennostej v pozdnem vozraste // Materialy mezhdunarodnoj zaochnoj nauchno-prakticheskoy konferentsii. Sotsiologiya, politologiya, filosofiya i istoriya: sovremennye tendentsii razvitiya (17 oktyabrya 2012 g.). Novosibirsk: Sibirskaya assotsiatsiya konsul'tantov, 2012. S. 69—72.
- Vygotskij L.S.* Psikhologiya razvitiya cheloveka. M.: Izd-vo Smysl; Ehksmo, 2005. 1136 s.
- Gal'perin P.Ya.* Leksii po psikhologii. M.: Knizhnyj dom "Universitet": Vysshaya shkola, 2002. 400 s.
- Dzhejms U.* Psikhologiya. M., 1991. S. 14—354.
- Zakovorotnaya M.V.* Identichnost' cheloveka. Sotsial'no-filosofskie aspekty. Rostov n/D.: Izdatel'stvo Severo-Kavkazskogo nauchnogo tsentra vysshej shkoly, 1999. 200 s.
- Luk'yanchenko N.V.* Osobennosti semejnoj identichnosti osuzhdennykh zhenshhin, imeyushhikh detej // Kochenovskie chteniya "Psikhologiya i pravo v sovremennoj Rossii", 2012. С. 144—145.
- Mineeva O.A.* Vozrastnye i gendernye osobennosti sodержaniya implitsitnykh teorij sem'i. Avtoref. diss... kand. psikhol. nauk. M.: MGU, 2011. 35 s.
- Tkhostov A.Sh., Rasskazova E.I.* Identichnost' kak psikhologicheskij konstrukt: vozmozhnosti i ogranicheniya mezhdistsiplinarnogo podkhoda [Elektronnyj resurs] // Psikhologicheskie issledovaniya, 2012. T. 5. № 26. S. 2. URL: <http://psystudy.ru> (data obrashheniya: 11.04.2014).

- Filippova Yu.V.* Semejnaya identichnost' v usloviyakh sovremennykh sotsial'nykh transformatsij // Materialy mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferentsii. Problema stanovleniya lichnosti: identichnost' i zrelost'. Tolerantnost' i problema identichnosti. Ezhegodnik Rossijskogo psikhologicheskogo obshchestva. Izhevsk, 2002. T. 9. Vyp. 4. S. 225—229.
- Shnejder L.B.* Professional'naya identichnost': monografiya. M.: MOSU, 2001. 272 s. Ehvolyutsiya psikhoterapii: sb. statej. T. 1. Semejnij portret v inter'ere: semejnaya terapiya / Pod red. Dzh. K. Zejga; per. s angl. T.K. Kruglovoj. M.: Klass, 1998. 304 s.
- Ehrikson Eh.* Detstvo i obshchestvo. 2-e izd., 1963. 200 s.
- Cigoli V., Scabini E.* Family identity: ties, Symbols, and Transitions. London: Lawrence Erlbaum Associates, 2006. 235 p.
- Duncan S., Phillips M.* New families? Tradition and change in modern relationships. British Social Attitudes: The 24th Report. London: SAGE Publications Ltd, 2008. P. 2—29.
- Elliott C.* Enhancement technologies and the modern self // Journal of Medicine and Philosophy, 2011. № 36(4). P. 364—374.
- Flouri E.* Strong families, tidy houses, and children's values in adult life: are "chaotic", "crowded" and "unstable" homes really so bad? // International Journal of Behavioral Development, 2009. Vol. 33. № 6. P. 496—503.
- Furrow J.L., Bradley B., Johnson S.M.* Spotlight on theory: Emotionally focused family therapy with stepfamilies. Advancing Theory Through Research: The Case of Extrusion in Stepfamilies. Sourcebook of Family: Theory and Research. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2013. P. 213—239.
- Giddens A.* Modernity and selfidentity: self and society in late modern age. Cambridge: Polity Press, 1991. 256 p.
- Katz R., Lowenstein A., Phillips J., Daatland S.O.* Theorizing intergenerational family relations: solidarity, conflict, and ambivalence in cross-national contexts. Sourcebook of family theory and research. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2005. P. 393—422.
- Miller R.L.* Collecting and organizing family histories. Researching life stories and family histories. London: SAGE Publications, 2000. P. 42—73.
- Paechter C.* Growing up with a lesbian mother: a theoretically-based analysis of personal experience // Sexualities, 2000. Vol. 3. № 4. P. 395—408.
- Pinquart M., Silbereisen R.K.* Influences of parents and siblings on the development of children and adolescents. Sourcebook of family theory and research. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2005. P. 367—393.
- Smart C.* Families, secrets and memories // Sociology, 2011. Vol. 45. № 4. P. 539—553.

СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ ХРОНИЧЕСКИХ ШКОЛЬНЫХ ПРОГУЛОВ

С.В. ВОЛИКОВА, Т.Ю. ЮДЕЕВА

По разным данным в среднем 20% школьников регулярно прогуливают школьные занятия, часть из них является хроническим прогульщиками. Исследования показывают, что причиной прогулов могут быть разнообразные факторы: неблагополучие в семье, социальная среда, отношения в школе, личностные особенности ребенка. На основе анализа случаев из практики рассматриваются семейные факторы хронических прогулов в группе детей из внешне благополучных семей. Анализ показывает, что с точки зрения четырехаспектной модели семейной системы [Холмогорова, 2002], прогулы могут быть связаны с нарушением структуры, микродинамики, идеологии семьи. Для эффективной помощи таким детям необходима семейная системная психотерапия.

Ключевые слова: школьники, прогулы, семейные факторы, четырехаспектной модель семейной системы.

Все чаще и чаще психологи обращают внимание на детей, прогуливающих школьные уроки или вообще отказывающихся посещать занятия в школе. Таких детей становится все больше. Школьные учителя, психологи, родители, различные общественные и государственные структуры предпринимают различные меры для преодоления этого явления, но пока победить этот феномен не удается.

Отсутствие в школе без уважительных причин вызывает беспокойство не только в связи с плохим усвоением школьной программы, падением успеваемости и возможным отчислением из школы. Все чаще школьные прогулы рассматриваются как фактор риска в связи с употреблением психоактивных веществ, игровой зависимостью, правонарушениями, а также множеством других негативных последствий для молодежи.

Этот феномен не оставляет равнодушными не только практиков, но и исследователей. Для того чтобы найти эффективные способы преодоления школьных прогулов, важно понимать причины и механизмы этого явления.

Определение школьных прогулов

Обычно прогулы определяются как умышленный пропуск уроков в школе без уважительной причины. Выделяют как единичные прогулы

(когда ученик может пропустить 1—2 урока или учебный день), так и хронические (регулярные длительные пропуски занятий).

В имеющейся литературе нет однозначного понимания, с какого момента нужно говорить о хронических прогулах. Например, В.Ю. Андреев [Андреев, 2009] к группе «истинных прогульщиков» (хронических) относит детей, у которых среднее число пропущенных занятий в год составило 24,5 дней при наличии 7 пропущенных дней подряд. М.С. Vaughn и др. [Vaughn, Maynard, Salas-Wright, Perron, Abdon, 2013] считают много прогуливающими школьников, пропустивших без уважительной причины 4 и более учебных дня подряд.

В инструкции Департамента образования г. Москвы [Инструкция Департамента образования г. Москвы от 27.07.2007 г.] под систематическими пропусками понимается отсутствие школьника на занятиях без уважительной причины в течение 10—15 учебных дней. Согласно этой инструкции такой школьник может быть поставлен на учет в комиссию по делам несовершеннолетних.

Распространенность школьных прогулов

Сложно оценить распространенность школьных прогулов из-за отсутствия единообразия в оценке данного явления. По данным международных исследований, в разных странах количество прогульщиков колеблется от 4 до 45% школьников [Портал ISRA.com, 2003].

Статистика США (по данным 2011—2012 гг.) свидетельствует, что к числу регулярно прогуливающих занятия можно отнести 11% школьников [Maynard, Salas-Wright, Vaughn, Peters, 2012]. В старших классах число таких детей увеличивается до 16%, а в некоторых штатах до 27% [Vaughn, Maynard, Salas-Wright, Perron, Abdon, 2013]. Надо отметить, что американские психологи уделяют этой проблеме большое внимание, так как, по данным Национального центра статистики, в сфере образования с 1995 по 2004 г. количество прогульщиков увеличилось на 69% [Maynard, McCrea, Pigott, Kelly, 2012]. Значительная часть начавших прогуливать школу совсем перестают туда ходить, дезадаптируются, вплоть до попадания в криминальную среду.

В европейских странах также до трети школьников регулярно пропускают занятия. Так, опрос 71 560 голландских школьников показал, что в текущем учебном году 21,6% из них регулярно пропускали школу [Moóij, Fettelaar, 2012]. Обследование 3490 швейцарских школьников 7—9-х классов выявило 24% прогульщиков [Salzer, Trautwein, Ludtke, Stamm, 2012].

Нам не удалось найти точные данные по количеству прогульщиков в нашей стране в целом, но в разных городах эта цифра колеблется от 11 до 13% [Андреев, Дмитриева, Холмогорова, 2009].

Во всех публикациях по теме обращается внимание на то, что число школьных прогульщиков остается достаточно большим во всем мире.

Последствия школьных прогулов

Исследования показывают, что школьные прогулы имеют как кратковременные, так и долговременные последствия для ребенка и его окружения. Последствиями хронических прогулов можно считать окончательный отказ посещать школу, раннюю алкоголизацию, злоупотребление ПАВ, попадание в криминальные группировки, раннюю беременность [Zins, 2013; Hendricks, Sale, Evans, McKinley, Carter, 2009; Henry, Thornberry, 2010; McKluskey, Vynum, Patchin, 2004].

Исследование, проведенное в Германии, показало, что более 50% молодых заключенных были в школе хроническими прогульщиками [Дегенхайм, 2007]. В статье О. Дмитриевой [Дмитриева, 2002] приводятся данные английского исследования, согласно которому 5% от общего числа серьезных правонарушений (кражи, ограбления, имущественные повреждения и др.) совершены подростками в то время, когда они должны были находиться за партой.

Отечественные психологи, исследующие причины девиантного поведения у детей и подростков [Зарецкий, Смирнова, Зарецкий, Евлашкина, Холмогорова, 2011], отмечают, что прогулы, наряду с другими нарушениями поведения, приводят к тому, что ребенок выпадает из нормальной социальной ситуации развития, попадает в неблагополучную среду.

Среди долговременных негативных последствий отмечается высокая корреляция хронических прогулов в школе с безработицей во взрослой жизни, низким экономическим статусом бывших прогульщиков [Zins 2013; Maynard, Salas-Wright, Vaughn, Peters, 2012; Rhodes, Thomas, Lemieux, Cain, Guin, 2010].

Причины школьных прогулов

В исследованиях выделяются и изучаются различные факторы, влияющие на формирование негативного отношения к школе.

В качестве интерперсональных факторов прогулов выделяются неблагополучная школьная ситуация, конфликтные или дистанцированные отношения с учителями и одноклассниками [Зарецкий, 2008; Андреюк, Дмитриева, Холмогорова, 2009; Зарецкий, Смирнова, Зарецкий, Евлашкина, Холмогорова, 2011; Spencer, 2009; Marcus, Sanders-Reio, 2001].

Так, исследование R.F. Marcus, J. Sanders-Reio [Marcus, Sanders-Reio, 2001] показало, что наличие устойчивых дружеских связей в школе мо-

жет удерживать ребенка от прогулов. Напротив, школьный буллинг часто провоцирует его жертв на регулярные прогулы вплоть до окончательного ухода из школы [Gastic, 2008]. Прогулы становятся единственным доступным ребенку способом избежать издевательств. Многие зависят от позиции учителя. Исследования показывают, что предвзятое отношение к школьнику со стороны учителя, его излишняя строгость, непонимание проблем ребенка, сухое изложение учебного материала без контакта с классом и конкретными детьми, а также невключенность в педагогический процесс положительно коррелируют с уровнем прогулов [Ishak, Fin, 2013].

Некоторые индивидуальные особенности и проблемы детей могут приводить к систематическим пропускам учебных занятий. В группу риска по прогулам попадают дети с трудностями в обучении, когнитивными нарушениями, с эмоциональными расстройствами, нарушениями психического развития, СДВГ, оппозиционным и другими видами нарушений поведения [Иовчук, Северный, 1995; Буторина, Буторин, 1999; Андреюк, Дмитриева, Холмогорова, 2009; Зарецкий, Смирнова, Зарецкий, Евлашкина, Холмогорова, 2011; Spencer, 2009; Muhammad, Ismail, Tan, Jaffar, Sharip, Omar, 2011; Brandibas, Jeunier, Clanet, Fouraste, 2004; Vaughn, Maynard, Salas-Wright, Perron, Abdon, 2013].

Внимание исследователей привлекает и гендерный аспект школьных прогулов. Оказывается, мальчики прогуливают занятия чаще девочек [Teasley, 2004].

В литературных источниках приводятся данные о том, что прогульщики чаще злоупотребляют алкоголем, наркотиками, вовлечены в асоциальные группы или криминальную среду [Spencer, 2009; Zins, 2013; Henry, Thornberry, 2010]. Однако по этим исследованиям трудно сделать вывод о том, что первично: подростки начинают злоупотреблять алкоголем или наркотиками, попадают в «плохую компанию» и поэтому начинают прогуливать школу, или же пропуски занятий в школе приводят к асоциальному поведению.

По данным зарубежных авторов [Maynard, Salas-Wright, Vaughn, Peters, 2012; Zins, 2013; Hendricks, Sale, Evans, McKinley, Carter, 2009; Zhang, Wilson, Katsiyannis, Barrett, Ju, Wu, 2010] школьники-прогульщики часто являются эмигрантами или родились и живут в семьях эмигрантов с низким уровнем доходов и низким образовательным уровнем. Такой ребенок и его семья проживают в неблагополучном районе, общаются с подобными семьями, и по разным причинам не получают поддержки от социальных служб. Все перечисленное можно считать макросоциальными факторами школьных прогулов. Отечественные исследователи пока не анализировали распространенность

прогулов среди детей иммигрантов, но этот аспект может оказаться очень важным в связи с ростом миграции.

Многие специалисты подчеркивают роль семьи, как в формировании систематических пропусков занятий, так и в преодолении такого поведения. Чаще всего в качестве семейных факторов школьных прогулов рассматриваются явные семейные неблагополучия [Зарецкий, Смирнова, Зарецкий, Евлашкина, Холмогорова, 2011; Maynard, Salas-Wright, Vaughn, Peters., 2012; Hendricks, Sale, Evans, McKinley, Carter, 2009]. Например, антисоциальное поведение родителей, алкоголизм или наркотизация родителей, жестокое обращение с ребенком в семье и т.п. В таких случаях дети часто уходят не только из школы (прогуливают занятия), но и из дома (убегают, уходят жить в другое место, сокращают время пребывания дома и контакта с родителями, больше времени проводят в уличной компании).

Большинство зарубежных и отечественных исследований, посвященных регулярным прогулам, носят констатирующий характер. Обобщая литературные данные, можно сказать, что прогульщик — это неблагополучный ребенок или подросток из неблагополучной семьи.

Лишь в единичных работах предпринята попытка исследовать механизмы, которые лежат в основе прогулов. К таким работам, несомненно, можно отнести исследование В.К. Зарецкого с коллегами [Зарецкий, Смирнова, Зарецкий, Евлашкина, Холмогорова, 2011]. Также следует упомянуть работу К.Л. Henry [Henry, 2007], который показал связь дисфункциональных семейных ценностей, в том числе и отсутствие ценности образования, с прогулами. В некоторых публикациях [Salzer, Trautwein, Ludtke, Stamm, 2012] предпринята попытка объяснить прогулы через несоответствие личностных качеств школьника, таких как стандарты деятельности, стандарты достижений, школьным стандартам, учебной нагрузке. Если дети недогружены или перегружены учебой, т.е. учебный процесс не учитывает индивидуальные возможности ребенка и не соответствует его ожиданиям, вероятность прогулов повышается.

Преодоление систематических пропусков школьных занятий

Анализ публикаций по теме позволяет выделить два основных направления в работе с прогульщиками. Первое направление — карательные методы, практикующиеся как за рубежом, так и в нашей стране. Причем меры воздействия применяются как к самим школьникам-нарушителям, так и к их родителям.

Например, в Великобритании, где в среднестатистический день школу прогуливают 50 тыс. школьников, к их родителям (как не обеспечившим присутствие ребенка в школе) может быть применено корот-

кое тюремное заключение или значительный денежный штраф вплоть до нескольких сот фунтов стерлингов [данные BBC Russian.com, 2004]. В некоторых штатах США также штрафуют родителей прогульщиков, кроме того их могут посадить в тюрьму на срок до двух месяцев. В Израиле и некоторых других странах родителям присылают sms-оповещения, если их ребенок без уважительной причины пропустил занятия в школе [Олейник, 2005].

В Германии [Дегенхайм, 2007] разрабатываются программы по борьбе с прогульщиками, наряду с профилактическими мерами включающие и активное привлечение полиции. Прогульщики могут отправить в специальные интернаты, школа должна обращаться в суд по семейным делам, который может лишить родителей прогульщиков родительских прав.

В России в Республике Коми [Донатович, 2004], в г. Иваново [Ивановская газета, 17.01.2003], в г. Екатеринбурге [<http://www.obltn.ru/plugins/news/>], в других городах и областях к поимке прогульщиков и воздействию на них и их родителей привлекается полиция.

Второе направление работы с прогульщиками — попытка разобраться в причинах этого явления и помочь ребенку вернуться в школу. При определении способов и направлений работы по преодолению или предотвращению пропусков занятий в школе важно учитывать макросоциальные, интерперсональные, семейные и личностные факторы.

Однако чаще всего программы профилактики и коррекции школьных прогулов направлены на простое повышение родительского, общественного контроля за детьми [Teasley, 2004; Zins, 2013]. Телефонные звонки с проверкой, пришел ли ребенок в школу, электронные журналы, электронная фиксация времени прихода в школу, подключение родителей к учебному процессу, профилактические беседы учителя, социального работника, сотрудника правоохранительных органов, денежные вознаграждения за хорошую учебу и отсутствие пропусков — все это дает определенный положительный результат, дети меньше прогуливают школу. Однако, к сожалению, этот положительный результат зафиксирован только для детей младшего школьного возраста [Rhodes, Thomas, Lemieux, Cain, Guin, 2010].

Со старшеклассниками более эффективными оказались индивидуальные психологические консультации и группы поддержки, направленные на повышение уровня осознанности и учебной мотивации [Enea, Dafinoiu, 2009; Андреюк, 2009; Андреюк, Дмитриева, Холмогорова, 2009]. Но, как показали исследования [Sutphen, Ford, Flaherty, 2010], без привлечения родителей, без групп психологической поддержки эффект такой работы неустойчив.

Анализ случаев семей с хроническими прогульщиками

Согласно литературным источникам систематические пропуски школы встречаются, как правило, в неблагополучных семьях. Однако в психологическую консультацию по поводу школьных прогулов обращаются и семьи, которые, на первый взгляд, нельзя отнести к проблемным (родители работают, не пьют, занимаются ребенком и т.д.). Мы хотели бы проанализировать именно такие случаи.

При отказе ребенка от посещения школы родители и школьные работники ищут причину в каких-либо травмирующих ситуациях в школе (конфликты с учителями, с детьми и пр.), делающих его пребывание там непереносимым. Часто такие проблемы присутствуют. Иногда ребенку кажется, что его не любят какие-либо учителя, иногда он чувствует себя одиноким из-за того, что никто в классе с ним не дружит, иногда ему хочется получать другие отметки. Более подробный анализ, включающий не только школьную, но и семейную ситуацию, позволяет выявить определенные семейные дисфункции, характерные для семей прогульщиков.

Теоретической основой нашей работы является четырехаспектная модель анализа семейной системы, предложенная А.Б. Холмогоровой [Холмогорова, 2002]. Семья, согласно этой модели, может быть проанализирована по следующим параметрам: семейная структура, семейная микро- и макродинамика, семейная идеология. Все приведенные ниже случаи взяты из работы психологической консультации лаборатории клинической психологии и психотерапии МНИИ психиатрии МЗ РФ.

Один из параметров, описывающих структуру семьи — иерархия, подразумевающая главенствующую роль родителей. В семьях прогульщиков мы наблюдали одно из типичных нарушений структуры семьи — инверсию иерархии. Родители, неуверенные в своих силах, в правильности своих поступков, не знающие или не умеющие провести в жизнь собственные решения, занимают попустительскую позицию, фактически позволяя ребенку самостоятельно принимать решения по важным вопросам.

В некоторых случаях речь идет не только о пропусках школьных занятий, но уже о жизни семьи в целом, которая практически полностью управляется ребенком. При инверсии иерархии ребенок определяет, когда и куда семья поедет отдыхать, какую марку машины должен купить отец, в какой одежде следует ходить маме и т.д. В какой-то момент родители перестают быть для ребенка авторитетными фигурами: они не способны решать, настаивать на своем и делают так, как захочет их чадо.

Ребенок, видя слабость родительской позиции, понимает, что в проблемных ситуациях ему самому нужно будет искать выход из них, так как

родители не защитят его и не помогут. И когда в школе возникают какие-либо, даже единичные и малозначительные, трудности, ребенок заявляет, что больше в школу не пойдет. Это позволяет ему на короткое время избежать проблем, что создает иллюзию найденного решения. Родители пытаются уговорить ребенка вернуться в школу, договориться с ним. Из-за слабости родительской позиции, родительского авторитета ребенок либо не верит родителям, либо не слушает их. К сожалению, уговоры и переговоры недействительны в восстановлении иерархии взрослых.

Для возвращения ребенка из такой семьи в школу необходимо укрепление родительских позиций. Семейная психотерапия должна помочь родителям занять должное место на иерархической лестнице, в результате чего ребенок может понять, что родители в состоянии принять решение и нести за него ответственность, настоять на своем, помочь ребенку в решении сложных вопросов, защитить его.

Пример 1.

В психологическую консультацию по рекомендации школьной психологической службы обратилась семья с младшим школьником А., 7 лет. Причина обращения — отказ мальчика посещать школу. На момент обращения шел четвертый месяц прогулов.

Семья состоит из трех человек — родители и ребенок. Отец — занимает руководящую должность на предприятии, где работает 300 человек. Мать — филолог. Оба родителя сильно загружены на работе, увлечены работой, заняты полную рабочую неделю, иногда работают и в выходные дни, мама часто бывает в служебных командировках.

Ребенок учился в частной школе, куда его доставляют на школьной легковой машине. В один из дней ему не понравилось, что его место в машине (рядом с водителем) было занято другим школьником. Весь путь до школы ребенок пребывал в состоянии гнева. У школы, сославшись на плохое самочувствие, он попросил водителя отвезти его назад домой. На другой день он уже был недоволен не только тем, что ему приходится сидеть в автомашине на заднем сиденье, но и тем, что там кроме него сидят еще два ученика. Все пассажиры были из старших классов, не обращали на него особого внимания, не включали в беседу. Нарастающая дисфория и желание заявить о себе привели к тому, что он, не доехав до школы, с середины пути потребовал вернуть его домой. Такие «номера» ребенок проделывал несколько раз. Через некоторое время он вообще не садился в машину: выходил из подъезда к подъехавшей машине и «отпускал» ее. Водитель сообщал в школе о проблемах со здоровьем у этого ребенка. Спустя несколько недель в школе забили тревогу — и только тогда родители узнали о прогулах сына. Ходить в школу он наотрез отказался.

Интересны наблюдения за поведением семьи в психологической консультации. После приглашения зайти в кабинет, уверенной походкой с гордо поднятой головой первым вошел ребенок. Именно он позвал родителей. Они буквально семенили вслед за ним. Ребенок распорядился, кто где сядет. На все вопросы, в том числе и адресованные родителям, первым отвечал ребенок. Родители либо молчали, либо утвердительно кивали, соглашаясь с сыном.

Важно отметить влияние на семью актуальных социальных процессов — ценность высокооплачиваемой работы, стремление обучать ребенка в престижной платной школе.

На семейной консультации выяснилось, что родители не способны настоять на своих решениях, не могут претворить эти решения в жизнь — ребенок их не слушается. Расходуя большие деньги на оплату школы, родители не в состоянии обеспечить посещение ребенком школьных занятий.

Структура данной семьи характеризуется инверсией иерархии — у ребенка власти больше, чем у взрослых. Ребенок играет роль, не свойственную его возрасту, не получает адекватной обратной связи от родителей. В дальнейшем это может привести к личностным проблемам. Подсистемы (родительская и детская) имеют четкие границы, но родители играют роль послушных робких подчиненных, во всем слушающихся авторитетного шефа, в роли которого выступает их десятилетний сын.

Смысл симптома — стремление избавиться от несоответствующей возрасту роли взрослого человека, принимающего решения.

Мишень работы — укрепление родительского авторитета, эффективное функционирование родителей.

Пример 2.

По рекомендации школы на консультацию пришла семья подростка Б., 13 лет, который регулярно прогуливал школу на протяжении учебной четверти. Мальчик пропускал отдельные дни, максимум два дня подряд, старался менять дни пропусков, подделывал записки от родителей, в которых они «объясняли» отсутствие ребенка болезнью, вынужденным отъездом и т.п. Ближе к концу четверти, когда встал вопрос о невозможности аттестации ребенка по некоторым предметам, обман вскрылся. Родители вместе с ребенком были приглашены в школу на беседу, а потом направлены на консультацию к психологу.

На семейной консультации мальчик сказал, что прогуливать начал после того, как учитель недостаточно высоко (на четверку) оценил его доклад, который сам ребенок считал «просто отличным». Он разозлился и обиделся на учителя, решил не идти на следующий урок этого преподавателя. Ушел из школы, оставшееся до конца уроков время «просидел в интернете». Такое времяпрепровождение показалось мальчику очень инте-

ресным и содержательным. Наличие каких-либо конфликтов в школе отрицает. Проблемы в пропусках школы не видит. Считает, что проблемы начались из-за того, что был недостаточно хитер, что попался. Учится средне (основные отметки 3 и 4, большинство троек).

В ходе консультации было выявлено, что мать и отец придерживаются разных взглядов на воспитание: отец почти всегда становится на сторону мальчика, защищает его, оправдывает его действия, мать со своими требованиями остается в одиночестве. Можно говорить о наличии коалиции в семье (отец—сын). В результате такой политики у мальчика нет никаких обязанностей по дому, многие решения родители, особенно отец, принимают, основываясь (не учитывая, а именно основываясь) на мнении ребенка (например, по поводу покупок, даже тех, которые напрямую не касаются ребенка, выбора страны и вида отдыха, способа проводить выходные и т.п.). Мальчик сам решал, когда он вернется с прогулки, во сколько ляжет спать. Возвращался и ложился очень поздно. Часто просил денег у отца, отец не отказывал, даже когда запрашивалась большая сумма. Отец потворствовал такому поведению, старался оправдать мальчика в глазах матери. Мать чувствовала, что она лишена какого-либо влияния на ребенка и мужа, к ее мнению не прислушиваются, из-за этого часто злилась на них, обижалась, стараясь удерживаться от критики, переставала с ними общаться, «отходила в сторону». Между ней и мужем часто возникали конфликты.

На семейной консультации, во время обсуждения позиции родителей по поводу возникшей ситуации, выяснилось, что отец сознательно разрешал ребенку делать все, что он захочет. Отец боялся, что какие-либо запреты и ограничения приведут к тому, что он будет выглядеть в глазах мальчика жестоким, отвергающим, требовательным и тот порвет с ним всякие отношения. Отец боялся перенести на отношения с ребенком опыт отношений со своей собственной матерью, которую считал жестокой, ограничивающей всякую самостоятельность, подавляющей. Его мать многое запрещала, могла ударить, высмеивала, требовала делать так, как она сказала. Отец мальчика прекратил общаться со своей матерью в 18 лет, когда поступил в вуз, ушел из дома жить в общежитие. Общение до сих пор не восстановлено. Последнее время отец, хотя не простил своей матери (бабушке мальчика) ее отношения, пытался наладить контакт с ней, но теперь она сама отказывается общаться с ним (со слов отца, «из принципа, чтобы сделать ему назло»).

На консультации, где присутствовали только родители, обсуждались отношения родителей с их собственными родителями, негативные последствия позиции отца по отношению к ребенку, а также поведение матери мальчика, которое может подкреплять потворствующую позицию отца, влиять на усиление их коалиции. Большое внимание было уделено прояснению

причин конфликтов в супружеской подсистеме, налаживанию более конструктивного взаимодействия друг с другом, а также между ними и мальчиком. Для отца мальчика было важно понять, что хороший родитель не только слышит желания своего ребенка, но и решает, стоит ли их выполнять.

Другой часто встречающийся скрытый смысл отказов посещать школу — это бессознательное стремление ребенка сплотить родителей при нарастающих супружеских дисфункциях. Учеба ребенка чаще всего является очень значимой для родителей. Если ребенок отказывается посещать школу, родители забывают о своих конфликтах и объединяются, начинают бороться за то, чтобы ребенок вернулся в школу. Уход ребенка из школы — это то, что они точно не смогут игнорировать. В таких семьях можно обнаружить нарушения *структуры семейной системы* (близость между членами семьи), *ее микродинамики* (семейные коммуникации).

Пример 3.

В., мальчик 10 лет (5 класс), неожиданно для родителей отказался ходить в школу. Объяснил, что стало скучно, не интересно учиться («в школе нечего делать, я и сам все это могу узнать, прочитать»). До последнего момента был отличником, всегда читал много дополнительной литературы, посещал различные кружки, был мотивирован на учебу, на получение новых знаний. Мама попыталась записать ребенка на индивидуальную консультацию к психологу, но они были приглашены на консультацию все вместе (мама, папа, ребенок). Мама сначала отказалась, так как давно разведена с отцом ребенка, в настоящий момент отношения с бывшим мужем особенно ухудшились. Однако после объяснения, почему важна именно семейная консультация, согласилась на общую встречу.

Родители мальчика разведены, мальчик живет с мамой. Отец живет отдельно.

Беседа с мальчиком, тестирование, проективные методики не выявили явных проблем в школе, но обнаружили нарушение эмоционального состояния с риском возникновения депрессивного расстройства.

На консультации выяснилось, что отказ посещать школу совпал по времени с несколькими событиями: произошел сильный конфликт между матерью и отцом из-за денег (отец несколько месяцев не выплачивал деньги на ребенка, так как некоторое время не работал), отец получил новый заказ (работу), выполнением которого очень увлечен, много работает. Отец сосредоточен на себе, работе, увлечениях. На момент консультации стал реже видется с мальчиком, реже звонить ему. Надо отметить, что раньше отец и сын регулярно встречались, созванивались. Мальчик был привязан к отцу, очень ценил эти встречи и ждал их. Мать всегда крити-

ковала бывшего мужа, часто говорила ребенку о его недостатках, а после последнего конфликта критика в адрес мужа усилилась, высказывания стали более резкими. Мать по характеру очень тревожна, обидчива, склонна к катастрофизации ситуаций, хаотична, конфликтна. Отец часто отпускает едкие комментарии в адрес бывшей жены, старается свести общение с ней к минимуму. Мальчик очень переживает создавшуюся ситуацию. На конфликты и взаимные упреки родителей реагирует снижением настроения, повышением раздражительности, ангедонией.

После выяснения семейной ситуации психотерапевты подробно расспрашивали родителей и мальчика, как и почему он отказывается идти в школу. С утра мальчик просыпается как для похода в школу, завтракает, после чего начинает заниматься своими делами (в основном читает). Когда мать понимает, что он опять не идет в школу, она сначала уговаривает сына, потом быстро начинает кричать, ругать его. Затем грозит позвонить отцу. Звонит отцу. Отец не отвечает на телефонные звонки матери, чтобы не общаться с ней или потому что спит (отец сказал, что из-за выполнения заказа он последнее время работает до 3—5 утра, а днем отсыпается). Чаще всего отец понимает, почему бывшая жена звонит с утра, поэтому, если не спит или уже проснулся, перезванивает непосредственно мальчику, безуспешно пытается убедить его идти в школу. Получается, что утренние звонки стали единственным регулярным общением сына и отца. Если бы мальчик ходил в школу, велика вероятность, что при создавшихся условиях родители друг с другом и мальчик с отцом совершенно перестали бы общаться.

В конце консультации родителям было дано домашнее задание вместе, не обсуждая, никак не комментируя ситуацию и чье-либо поведение, лучше молча, провозжать мальчика в школу. Отец сначала отказывался приехать к дому мальчика к 7.45 утра, по причине того, что не проснется, у него работа, которая сейчас важнее всего и т.д. Но в результате обсуждения все члены семьи согласились выполнить данное задание. Следующая консультация началась с того, что семья предложила обсудить часто возникающие конфликты в разных подсистемах, а мальчик стал говорить о том, что обижен на отца. На вопрос психологов о прогулах мальчик и родители дружно ответили, что этой проблемы больше нет (на следующий же день, увидев у двери квартиры отца и мать, мальчик оделся и вместе с ними пошел в школу).

Таким образом, понимание смысла симптома — прогулов (восстановить разрывающиеся семейные связи, восстановить коммуникацию) позволило сформулировать домашнее задание, которое помогло преодолеть этот симптом. Устранение симптома позволило обратиться к более глубокой проблеме этой семьи: взаимным обидам, дисфункциональному стилю коммуникаций в отдельных подсистемах.

Пример 4.

В консультацию обратилась пожилая женщина по поводу поведения сына (подросток Г., 14 лет) ее дочери — прогуливает школу, крадет деньги. В семье сложная ситуация, связанная с многочисленными браками родителей подростка: мама подростка замужем третий раз, от каждого брака имеет ребенка — девочку, 18 лет, мальчика, Г. 14 лет (по поводу которого обратились) и девочку, 3 годика. Папа подростка на момент обращения женат вторым браком, от которого имеет четырехлетнего сына. Оба родителя и их нынешние супруги — с высшим образованием, работают.

Г. поочередно живет у своих родителей, каждый из которых имеет новую семью. То, что у ребенка не все ладится, заметила мама его мачехи, которая видела его крайне редко, но оказалась более внимательной к проблемам мальчика. Именно она нашла специалистов, договорилась о приеме, провела переговоры в семье сына и его бывшей жены по поводу посещения психологической консультации. Эти факты уже могут говорить о типе связи между родителями подростка, которую можно охарактеризовать как разобщенность.

Разобщенность проявляется в том, что родители, имея абсолютно разные взгляды на воспитание ребенка, не могут выработать общего взгляда и общей стратегии поведения. Один родитель — сторонник здорового образа жизни, включающего в себя и понятие здорового питания, другой родитель — вместе с сыном посещает сетевые заведения фаст-фуда. Один родитель, учитывая способности ребенка, добивается того, чтобы мальчик учился в математической школе при МГУ, другой родитель, полностью обесценивая эти старания, считает, что посещать надо обычную школу. В какие-либо переговоры родители не вступают, каждый проводит в жизнь свою политику. В каждой из семей разные правила, которым подросток вынужден подчиняться, находясь на той или иной территории.

Отсутствие единой семейной идеологии приводит к хаосу, который представляет опасность для психического здоровья подростка, демонстрирующего на момент обращения в консультацию делинквентное поведение.

На консультациях каждый из родителей с теплом говорил о своей новой семье, о маленьких детях. Мама подростка в его присутствии сказала о том, что в 40 лет материнство более осознанно, она получает удовольствие от общения с малышкой, а не тяготеет ей, как было со старшими детьми. «Раньше плелась в песочницу, как на каторгу, а сейчас — бегу туда с огромным удовольствием». В семье отца подростка много внимания уделяется маленькому ребенку, на которого все смотрят с нескрываемым восхищением. Подросток на консультациях обычно сидит обособленно, смотрит на всех исподлобья, чувствует себя лишним. Близкие отношения у него

только со старшей единоутробной сестрой, с которой он видится крайне редко (сестра живет у своей бабушки).

Смысл симптома — добиться внимания родителей, неформального отношения с их стороны. Мишень работы — выработать единые правила и требования к подростку в семьях его отца и матери.

Прогулы могут быть следствием перфекционистских установок семьи (аспект *семейной идеологии*). Родители зачастую предъявляют завышенные требования к деятельности ребенка. Например, ждут только отличных оценок, успехов не только в школе, но и во внешкольной деятельности. Ребенок не всегда может соответствовать таким стандартам и отказывается ходить в школу (иногда сначала заболевает соматическим или психическим заболеванием, и поэтому не ходит в школу), формируется стратегия избегания. Прогуливая школу, он хотя бы на короткое время избавляется от тревоги, связанной с несоответствием родительским ожиданиям.

Пример 5.

Из детского отделения МНИИ психиатрии Минздрава России на консультацию была направлена семья Д., девочки 14 лет. Д. была госпитализирована из-за депрессивного состояния и высокого уровня тревоги. До госпитализации она прогуливала школу примерно в течение 1 месяца. Сначала прогуляла неделю, так как шла контрольная неделя, а девочка боялась, что не готова к контрольным, получит плохие отметки. Потом учительница позвонила матери, прогулы вскрылись, но девочка в школу не вернулась. Д. отказывалась идти в школу. Говорила, что ей очень стыдно, так как много пропустила, не сможет нормально учиться, что боится, что прогулы будут обсуждаться, что над ней будут смеяться. Эмоциональное состояние значительно ухудшилось. Девочка постоянно плакала, лежала, закрывшись в комнате, отказывалась есть, нарушился сон, жаловалась на плохое настроение, тревогу. Детский врач-психиатр рекомендовал госпитализировать девочку.

На семейной консультации выяснилось, что родители предъявляют к дочери очень высокие требования. Они считают девочку талантливой в разных сферах (точные и гуманитарные науки, рисование), поэтому ожидают, что у нее будут только отличные отметки по всем школьным предметам, а также она будет очень успешной и в рисовании. Мама очень критична по отношению к дочери. Девочка сказала, что похвалу родителей нужно заработать. Они хвалят за значительные успехи. Текущие отличные отметки считаются чем-то обычным, хотя девочка призналась, что учиться стало очень трудно, она все чаще и чаще не сразу понимает новые темы по физике и геометрии. Даже незначительные недостатки подвер-

гаются критическому разбору и часто высмеиванию. Например, рисунок, над которым девочка провела много часов и который положительно оценили в художественной школе, мама прокомментировала так: «Еще раз все проверь, бока у вазы не симметричны. Куда делся твой глазомер!?». Девочка постоянно и давно испытывает сильную тревогу, особенно на контрольных. Очень боится получить четверку и тем самым не оправдать ожиданий родителей. Друзей у девочки практически нет, что она объясняет занятостью и отсутствием времени на общение, кроме этого она считает, что в классе не с кем общаться («глупые люди с примитивными вкусами»). О страхах и трудностях понимания учебных предметов никому не рассказывала. Родители об этом услышали первый раз на приеме у психолога.

В данном случае были рекомендованы семейные и индивидуальные (отдельно для девочки) консультации. Одной из целей семейных консультаций было снижение высоких, не соответствующих возможностям ребенка, родительских требований через обсуждение негативных последствий высокого уровня требований. Индивидуальные консультации были посвящены работе с симптомами депрессии и тревоги девочки, а также с ее собственными высокими требованиями по отношению к себе и окружающим.

Выводы

Прогулы встречаются во всех учебных заведениях. Ни одна школа или гимназия, к сожалению, не может похвастаться отсутствием прогульщиков. И хотя исследования показывают, что прогульщиками чаще всего становятся неблагополучные дети из неблагополучных семей, отказы посещать школу встречаются и среди детей из социально благополучных семей.

Как показывает практика, при отсутствии очевидных школьных проблем причины прогулов таких школьников нужно искать в нарушениях семейной системы.

Анализ случаев семей с прогульщиками обнаруживает дисфункции в области семейной структуры (инверсия иерархии, слабость родительской роли, наличие коалиций, нарушения близости), ее микродинамики (дисфункциональные коммуникации) и идеологии (перфекционистские установки, другие дисфункциональные правила, требования и ожидания в семье).

Для эффективного разрешения проблемы школьных прогулов необходима семейная консультация. На этой консультации важно понять, что ребенок хочет сказать своим поведением, каков смысл прогула как симптома: это способ сплотить родителей, настоять на своем, показать власть или крик о помощи, о невозможности переносить родительские требования и критику.

Таким образом, школьные прогулы — сложный, многофакторный феномен, включающий социальные, личностные и семейные аспекты. Для эффективной работы со школьными прогулами необходим системный подход, включающий семейную психотерапию.

ЛИТЕРАТУРА

- Андреев В.Ю.* Факторы школьной дезадаптации и психосоциальная реабилитация подростков, систематически пропускающих занятия. — Автореф. Дисс. и на ... канд. мед. наук. М.: МНИИ психиатрии, 2009. 26 с.
- Андреев В.Ю., Дмитриева Т.Н., Холмогорова А.Б.* Психосоциальная реабилитация подростков с проблемой школьной дезадаптации в форме систематических пропусков занятий // Неврологический вестник, 2009. № 1. С. 102—105.
- Буторина Н.Е., Буторин Г.Г.* Депривационный дизонтогенез и школьная дезадаптация // Российский психиатрический журнал, 1999. № 3. С. 17—22.
- Дегенхайм В.* Прогулял — иди в тюрьму // Русская Германия ONLINE, 2007. № 38.
- Дмитриева О.* Бродячие неучи. Почему Британия объявила прогульщикам войну // Учительская газета, 2002. № 12. С. 11.
- Донатович С.* За парту — принудительно? // Учительская газета, 2004. № 35.
- Зарецкий В.К.* Рефлексивно-деятельностный подход в работе с детьми, имеющими трудности в обучении // Педагогическая психология: учеб. пособие / Под ред. И.Ю. Кулагиной. М.: ТЦ Сфера, 2008. 408 с.
- Зарецкий В.К., Смирнова Н.С., Зарецкий Ю.В., Евлашкина Н.М., Холмогорова А.Б.* Три главные проблемы подростка с девиантным поведением. Почему возникают? Как помочь? — М.: Форум, 2011. 208 с.
- Инструкция Департамента образования г. Москвы от 27.07.2007 г. № 579 "О порядке ведения учета несовершеннолетних, не посещающих или систематически пропускающих по неуважительным причинам занятия в образовательных учреждениях. [Электронный ресурс] // URL: http://schools.keldysh.ru/sch69/o_shkole/prikaz_mdo.htm (дата обращения: 11.08.2014).
- Иовчук Н.М., Северный А.А.* Что такое школьная дезадаптация? // Социальная дезадаптация детей и подростков. Проблемы, проявление, преодоление, М.: Академия, 1995. 220 с.
- Олейник А.* В Израиле учителя будут жаловаться родителям на прогулы школьников через sms. [Электронный ресурс] // URL: <http://helpix.ru/news/200512/20> (дата обращения: 07.08.2014).
- Прогульщики — в милицию [Электронный ресурс] // URL: <http://www.obltv.ru/plugins/news> 22.11.2006 (дата обращения: 11.09.2014).
- Родителям школьников — прогульщикам придется иметь дело с прокуратурой // Ивановская газета, 2003. [Электронный ресурс] // URL: <https://referats.qip.ru/news/newslines/2003/01/17/21227/> (дата обращения: 10.09.2014).
- Холмогорова А.Б.* Научные основания и практические задачи семейной психотерапии // Московский психотерапевтический журнал, 2002. № 1—2. С. 93—119; 122—138.

- Brandibas G., Jeunier B., Clanet C., Fouraste R.* Truancy, School Refusal and Anxiety // School Psychology International, 2004. Vol. 25. № 1. P. 117—126.
- Enea V., Dafinoiu I.* Motivational/solution-focused intervention for reducing school truancy among adolescents // Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies, 2009. Vol. 9. № 2. P. 85—198.
- Gastic B.* School truancy and the disciplinary problems of bullying victims // Educational Review, 2008. Vol. 60. № 4. P. 391—404.
- Hendricks M.A., Sale E.W., Evans C.J., McKinley L., Carter, S.D.* Evaluation of a truancy court intervention in four middle schools // Psychology in the Schools, 2009. Vol. 47. № 2. P. 173—183.
- Henry K.L., Thornberry T.P.* Truancy and escalation of substance use during Adolescence // Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 2010. Vol. 71. P. 115—124.
- Henry K.L.* Who's skipping school: characteristics of truants in 8th and 10th grade // Journal of School Health, 2007. Vol. 77. P. 29—35.
- Ishak Z., Fin L.S.* Truants' and Teachers' Behaviors in the Classroom // Social and Behavioral Sciences, 2013. Vol. 103. P. 1228—1237.
- Marcus R.F., Sanders-Reio J.* The influence of attachment on school completion // School Psychology Quarterly, 2001. Vol. 16. № 4. P. 427—444.
- Maynard B.R., McCrea K.T., Pigott T.D., Kelly M.S.* Indicated Truancy Interventions for Chronic Truant Students: A Campbell Systematic Review // Research on Social Work Practice, 2012. Vol. 23. № 1. P. 5—21.
- Maynard B.R., Salas-Wright C.P., Vaughn M.G., Peters K.E.* Who Are Truant Youth? Examining Distinctive Profiles of Truant Youth Using Latent Profile Analysis // Journal of Youth Adolescence, 2012. Vol. 41. P. 1671—1684.
- McKluskey C.P., Bynum T.S., Patchin J.W.* Reducing chronic absenteeism: An assessment of an early truancy initiative // Crime & Delinquency, 2004. Vol. 50. № 2. P. 214—234.
- Mooij T., Fettelaar D.* School and Pupil Effects on Secondary Pupils' Feelings of Safety in School, Around School, and at Home // Journal of Interpersonal Violence, 2012. Vol. 28. № 6. P. 1240—1266.
- Muhammad N.A., Ismail W.S.W., Tan C.E., Jaffar A., Sharip S., Omar K.* Attention-deficit hyperactive disorder presenting with school truancy in an adolescent: a case report // Mental Health in Family Medicine, 2011. № 8. P. 249—254.
- Rhodes J.L., Thomas J.M., Lemieux C.M., Cain D.S., Guin C.C.* Truancy Assessment and Service Centers (TASC): Engaging Elementary School Children and Their Families // School Social Work Journal, 2010. Vol. 35. № 1. P. 83—100.
- Salzer C., Trautwein U., Ludtke O., Stamm M.* Predicting adolescent truancy: The importance of distinguishing between different aspects of instructional quality // Learning and Instruction, 2012. Vol. 22. P. 311—319.
- Supphen R., Ford J.P., Flaherty C.* Truancy interventions: A review of the research literature // Research on Social Work Practice, 2010. Vol. 20. № 2. P. 161—171.
- Spencer A.* School attendance patterns, unmet educational needs, and truancy // Remedial and Special Education, 2009. Vol. 30. № 5. P. 309—319.
- Teasley M.L.* Absenteeism and truancy: Risk, protection, and best practice implications for school social workers // Children & School, 2004. Vol. 26. № 2. P. 117—128.

- Vaughn M.G., Maynard B. R., Salas-Wright C.P., Perron B.E., Abdon A.* Prevalence and correlates of truancy in the US: Results from a national sample // *Journal of Adolescence*, 2013. Vol. 36. P. 767—776.
- Zhang D., Wilson V., Katsiyannis A., Barrett D., Ju S., Wu J.* Truancy offenders in the juvenile justice system: A multicohort study // *Behavioral Disorders*, 2010. Vol. 35. № 3. P. 229—242.
- Zins C.* *Engaging Families to Prevent Chronic Truancy*. Minnesota: St. Catherine University, University of St. Thomas, 2013. 56 p.

THE FAMILY FACTORS OF CHRONIC SCHOOL TRUANCY

S.V. VOLIKOVA, T.Y. YUDEEVA

According to various sources, on the average 20% of students regularly truant from school, some of them are chronic truants. Different studies show that the reason for absenteeism is a combination of factors: family, social environment, relationships at school, the child's personality traits. On the basis of analysis of case studies examined family factors of chronic absenteeism in a group of children from affluent families externally. The analysis shows that in terms of the "four aspects model" of the family system (A.Kholmogorova, 2002), absenteeism may be associated with disruption of the structure, internal trends or ideology of the family. In order to help effectively such children it needs to arrange family therapy.

Keywords: students, truancy, family factors, the four aspects model of family system.

- Andreyuk V.Yu.* Faktory shkol'noj dezadaptatsii i psikhosotsial'naya reabilitatsiya podrostkov, sistematically propuskayushhikh zanyatiya. — Avtoref. Diss. i na ... kand. med. nauk. M.: MNII psikiatrii, 2009. 26 s.
- Andreyuk V.Yu., Dmitrieva T.N., Kholmogorova A.B.* Psikhosotsial'naya reabilitatsiya podrostkov s problemoj shkol'noj dezadaptatsii v forme sistematically propuskov zanyatij // *Nevrologicheskij vestnik*, 2009. № 1. S. 102—105.
- Butorina N.E., Butorin G.G.* Deprivatsionnyj dizontogenez i shkol'naya dezadaptatsiya // *Rossijskij psikiatricheskij zhurnal*, 1999. № 3. S. 17— 22.
- Degenkhajm V.* Progulyal — idi v tyur'mu // *Russkaya Germaniya ONLINE*, 2007. № 38.
- Dmitrieva O.* Brodyachie neuchi. Pochemu Britaniya ob'yavila progul'shhikam vojnu // *Uchitel'skaya gazeta*, 2002. № 12. S. 11.
- Donatovich S.* Za partu — prinuditel'no? // *Uchitel'skaya gazeta*, 2004. № 35.
- Zaretskij V.K.* Refleksivno-deyatelnostnyj podkhod v rabote s det'mi, imeyushhimi trudnosti v obuchenii // *Pedagogicheskaya psikhologiya: ucheb. posobie* / Pod red. I.Yu. Kulagina. M.: TTS Sfera, 2008. 408 s.

- Zaretskij V.K., Smirnova N.S., Zaretskij Yu.V., Evlashkina N.M., Kholmogorova A.B. Tri glavnye problemy podrostka s deviantnym povedeniem. Pochemu voznikayut? Kak pomoch'? — M.: Forum, 2011. 208 s.
- Instruktsiya Departamenta obrazovaniya g. Moskvy ot 27.07.2007 g. № 579 "O poryadke vedeniya ucheta nesovershennoletnikh, ne poseshhayushhikh ili sistematically propuskayushhikh po neuvazhitel'nykh prichinam zanyatiya v obrazovatel'nykh uchrezhdeniyakh. [Elektronnyj resurs] // URL: http://schools.keldysh.ru/sch69/o_shkole/prikaz_mdo.htm (data obrashheniya: 11.08.2014).
- Iovchuk N.M., Severnyj A.A. Chto takoe shkol'naya dezadaptatsiya? // Sotsial'naya dezadaptatsiya detej i podrostkov. Problemy, proyavlenie, preodolenie, M.: Akademiya, 1995. 220 s.
- Olejnik A. V Izraile uchitelya budut zhalovat'sya roditelyam na proguly shkol'nikov cherez sms. [Elektronnyj resurs] // URL: <http://helpix.ru/news/200512/20> (data obrashheniya: 07.08.2014).
- Progul'shnikov — v militsiyu [Elektronnyj resurs] // URL: <http://www.obltv.ru/plugins/news22.11.2006> (data obrashheniya: 11.09.2014).
- Roditelyam shkol'nikov — progul'shnikov pridetsya imet' delo s prokuratoroj // Ivanovskaya gazeta, 2003. [Elektronnyj resurs] // URL: <https://referats.qip.ru/news/newslines/2003/01/17/21227/> (data obrashheniya: 10.09.2014).
- Kholmogorova A.B. Nauchnye osnovaniya i prakticheskie zadachi semejnoy psikhoterapii // Moskovskij psikhoterapevticheskij zhurnal, 2002. № 1—2. S. 93—119; 122—138.
- Brandibas G., Jeunier B., Clanet C., Fouraste R. Truancy, School Refusal and Anxiety // School Psychology International, 2004. Vol. 25. № 1. P. 117—126.
- Enea V., Dafinoiu I. Motivational/solution-focused intervention for reducing school truancy among adolescents // Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies, 2009. Vol. 9. № 2. P. 85—198.
- Gastic B. School truancy and the disciplinary problems of bullying victims // Educational Review, 2008. Vol. 60. № 4. P. 391—404.
- Hendricks M.A., Sale E.W., Evans C.J., McKinley L., Carter, S.D. Evaluation of a truancy court intervention in four middle schools // Psychology in the Schools, 2009. Vol. 47. № 2. P. 173—183.
- Henry K.L., Thornberry T.P. Truancy and escalation of substance use during Adolescence // Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 2010. Vol. 71. P. 115—124.
- Henry K.L. Who's skipping school: characteristics of truants in 8th and 10th grade // Journal of School Health, 2007. Vol. 77. P. 29—35.
- Ishak Z., Fin L.S. Truants' and Teachers' Behaviors in the Classroom // Social and Behavioral Sciences, 2013. Vol. 103. P. 1228—1237.
- Marcus R.F., Sanders-Reio J. The influence of attachment on school completion // School Psychology Quarterly, 2001. Vol. 16. № 4. P. 427—444.
- Maynard B.R., McCrea K.T., Pigott T.D., Kelly M.S. Indicated Truancy Interventions for Chronic Truant Students: A Campbell Systematic Review // Research on Social Work Practice, 2012. Vol. 23. № 1. P. 5—21.
- Maynard B.R., Salas-Wright C.P., Vaughn M.G., Peters K.E. Who Are Truant Youth? Examining Distinctive Profiles of Truant Youth Using Latent Profile Analysis // Journal of Youth Adolescence, 2012. Vol. 41. P. 1671—1684.

- McKluskey C.P., Bynum T.S., Patchin J.W.* Reducing chronic absenteeism: An assessment of an early truancy initiative // *Crime & Delinquency*, 2004. Vol. 50. № 2. P. 214—234.
- Mooij T., Fottelaar D.* School and Pupil Effects on Secondary Pupils' Feelings of Safety in School, Around School, and at Home // *Journal of Interpersonal Violence*, 2012. Vol. 28. № 6. P. 1240—1266.
- Muhammad N.A., Ismail W.S.W., Tan C.E., Jaffar A., Sharip S., Omar K.* Attention-deficit hyperactive disorder presenting with school truancy in an adolescent: a case report // *Mental Health in Family Medicine*, 2011. № 8. P. 249—254.
- Rhodes J.L., Thomas J.M., Lemieux C.M., Cain D.S., Guin C.C.* Truancy Assessment and Service Centers (TASC): Engaging Elementary School Children and Their Families // *School Social Work Journal*, 2010. Vol. 35. № 1. P. 83—100.
- Salzer C., Trautwein U., Ludtke O., Stamm M.* Predicting adolescent truancy: The importance of distinguishing between different aspects of instructional quality // *Learning and Instruction*, 2012. Vol. 22. P. 311—319.
- Sutphen R., Ford J.P., Flaherty C.* Truancy interventions: A review of the research literature // *Research on Social Work Practice*, 2010. Vol. 20. № 2. P. 161—171.
- Spencer A.* School attendance patterns, unmet educational needs, and truancy // *Remedial and Special Education*, 2009. Vol. 30. № 5. P. 309—319.
- Teasley M.L.* Absenteeism and truancy: Risk, protection, and best practice implications for school social workers // *Children & School*, 2004. Vol. 26. № 2. P. 117—128.
- Vaughn M.G., Maynard B.R., Salas-Wright C.P., Perron B.E., Abdon A.* Prevalence and correlates of truancy in the US: Results from a national sample // *Journal of Adolescence*, 2013. Vol. 36. P. 767—776.
- Zhang D., Wilson V., Katsiyannis A., Barrett D., Ju S., Wu J.* Truancy offenders in the juvenile justice system: A multicohort study // *Behavioral Disorders*, 2010. Vol. 35. № 3. P. 229—242.
- Zins C.* Engaging Families to Prevent Chronic Truancy. Minnesota: St. Catherine University, University of St. Thomas, 2013. 56 p.

ДИНАМИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ, ПРОХОДЯЩИХ РЕАБИЛИТАЦИЮ ПОСЛЕ ТРАВМЫ СПИННОГО МОЗГА

А.Ю. СУРОЕГИНА, А.Б. ХОЛМОГОРОВА

Травма спинного мозга в подростковом и молодом возрасте оказывает значительное влияние на психоэмоциональное состояние всех членов семьи пострадавшего, и прежде всего его родителей, которые должны сами адаптироваться к тяжелому инвалидизирующему заболеванию ребенка и помочь ему в решении этой же задачи. Было обследовано 36 родителей подростков и молодых людей, перенесших травму спинного мозга, разделенных на две группы по критерию давности травмы ребенка. Было показано, что процесс адаптации к травме связан с различными стратегиями, в том числе выражающимися в коммуникативных дисфункциях при общении с ребенком. Умеренный уровень тревоги отмечается как на восстановительном, так и на позднем этапах реабилитации. Симптомы депрессии и общий уровень напряженности, вызванные реакцией на болезнь ребенка, более выражены на восстановительном этапе и снижаются на более поздних этапах реабилитации. Однако снижение симптомов депрессии на втором этапе оказалось связано с установками на сокрытие проблем и с индуцированием тревоги у ребенка по поводу возможных трудностей, что нельзя считать конструктивным копингом. Симптомы эмоциональной дезадаптации родителей имеют сложные связи с различными коммуникативными дисфункциями, отражающими неконструктивные стратегии совладания: чем выше тревога родителей, тем выше критика в адрес ребенка; на первый взгляд позитивная динамика симптомов депрессии в сторону их снижения связана с фиксацией на внешнем благополучии и сверхвключенностью в дела ребенка. Делается вывод о значимости психологической работы с родителями и междисциплинарного сотрудничества врача и психолога, как при информировании семьи и пациента о прогнозе заболевания, так и в процессе реабилитации.

Ключевые слова: травма спинного мозга, психологическая реабилитация, психологическая адаптация, семейные дисфункции, эмоциональная дезадаптация, симптомы тревоги и депрессии, междисциплинарное сотрудничество.

Одним из важнейших аспектов проблемы адаптации после тяжелых физических травм является формирование конструктивных межличностных отношений между пациентом, получившим травму, и окружающими. Для подростков и молодых людей, получивших травму спинного мозга, характерен крайне узкий круг общения, ограниченный зачастую семьей. Существует зависимость от взрослых, потребность в помощи, поддержке, заботе. Отношения со значимым взрослым часто имеют симбиотический характер. Последствием травмы спинного мозга часто является инвалидизация, ведущая к серьезным изменениям в семейной системе, а также в психоэмоциональном состоянии пациента и его родителей.

В отечественной и зарубежной литературе существует ряд исследований особенностей взаимоотношений родителей и их детей, страдающих различными тяжелыми заболеваниями.

Х. Дэвис отмечал влияние на процесс адаптации семьи к заболеванию ребенка нескольких факторов. Среди них тяжесть заболевания, которая, с одной стороны, затрудняла принятие болезни, с другой — в силу наглядности симптомов — облегчала его, так как родителям не было необходимости постоянно объяснять окружающим причины затруднений ребенка. Очевидное влияние оказывало качество партнерских отношений между родителями и наличие у них психологических проблем до заболевания ребенка. Так, открытость, искренность, поддержка, стабильность отношений повышали возможности родителей справиться с кризисной ситуацией; напряженные, дисгармоничные отношения в этот период еще более ухудшаются, хотя такие пары редко официально оформляют расторжение отношений. Неблагоприятным фактором является склонность родителя к депрессии, тревожности и другим симптомам эмоциональной дезадаптации. Интересно, что социо-экономические аспекты (пол ребенка, материальный достаток семьи, этническое происхождение) значимого влияния на адаптацию семьи к кризисной ситуации не оказывают. Но среди прочих факторов наиболее важным является то, как сами родители относятся к своему ребенку и его заболеванию [Дэвис, 2011].

От характера отношений пациента и его родителей будет зависеть социализация ребенка. Важное значение имеет то, как родители воспринимают сложившуюся ситуацию. Состояние ребенка может считаться препятствием, которое искажает удовлетворение родительских потребностей. Так как уход за больным требует гораздо больше ресурсов, такие родители становятся избирательнее в общении, сужают круг знакомых, ограничивают контакты с родственниками. В некоторых случаях поведение родителей осуществляется по типу эмоционального

отвержения, что сказывается и на отношении к ребенку вне семьи. В таких семьях ребенку не предоставляется достаточного пространства для активности и возможности нести ответственность, что способствует развитию у него инфантильности, неуверенности в себе, несамостоятельности. Следствием дисфункциональных способов взаимодействия в таких семьях являются трудности, которые испытывает пациент в общении с другими людьми, в установлении с ними близких отношений и при создании собственной семьи [Залобина, 2009].

Выделяют несколько вариантов реакций родителей на болезнь ребенка. Так, В.В. Ткачева и И.Ю. Левченко [Ткачева, Левченко, 2008] указывают на три возможных типа поведения: импульсивно-инертный (стенический), гипостенический и смешанный.

У родителей со *смешанным типом реагирования* наблюдается тенденция к высокой нормативности поведения и сдержанности в проявлении эмоций. При склонности к субъективным, внутренним переживаниям такие родители имеют высокую предрасположенность к психосоматическим заболеваниям. Проблемы не выносятся за пределы семьи, а собственные переживания не имеют внешнего выражения. Такие родители часто демонстрируют гиперопекающее поведение, склонны занимать активную позицию в отношении лечения (поиск специалистов, самообучение).

Гипостенический тип реагирования сопровождается повышением тревожности, появлением страхов и симптомов депрессии, мыслей о собственной некомпетентности и неспособности, непреодолимости ситуации, пассивным, подчиняющимся поведением во взаимодействии с ребенком. Бездеятельность оправдывается отсутствием внешней организации, прямых указаний со стороны специалистов: «А нам никто не говорил». Требования к ребенку практически отсутствуют, такие родители склонны занимать оберегающую позицию, довольствуясь тем, что ребенок научился что-то делать самостоятельно, а больше и ждать нечего. Родители гипостенического типа реагирования часто демонстрируют некомпетентность в воспитании за счет попустительства и пассивности, которые объективно ведут к нарушениям в поведении ребенка, что, в свою очередь, дает возможность родителям подтвердить представления о своей неуспешности. Проблемы ребенка катастрофизируются и, вследствие склонности таких родителей избегать сложных ситуаций, теряют какую-либо вероятность к их, даже частичному, разрешению.

Родители *гиперстенического типа реагирования* демонстрируют авторитарный тип поведения при общении с больным ребенком, предъявляя ему высокие требования, порой игнорируя реальные ограничения, вызванные болезнью. Им свойственно преодолевать проблемы ребенка и помогать ему, они испытывают стойкое желание найти выход из сло-

жившейся ситуации и активно сопротивляются сложившимся обстоятельствам, находясь в постоянном поиске оптимального средства помощи и исцеления. Они склонны к вытеснению негативных переживаний, связанных с состоянием ребенка, что значительно повышает продуктивность их действий. Обратная сторона такого типа реагирования состоит в несдержанности таких родителей в гневе и чувстве протеста, которое проявляется в склонности противопоставлять себя окружающей среде, не принявшей больного ребенка.

Л.И. Акатов, разрабатывая тему влияния болезни ребенка на поведение родителей, предложил систематику, основанную на типах отношения к ребенку и его дефекту.

1. Наиболее благополучным, в силу отсутствия реакций вины и неприязни к ребенку, является поведение по типу принятия ребенка и его дефекта. Такое отношение характеризуется адекватной оценкой способностей ребенка и стремлением реализовать доступные ему возможности.

2. Отрицание дефекта сопровождается неприятием ребенка, завышенными стандартами, отказом признавать недоступность тех или иных областей образовательной, профессиональной и социальной реализации.

3. Еще один вариант дезадаптивного поведения родителей состоит в гиперпротекции, чрезмерной опеке и защите ребенка. В таком случае родители переполняемы чувством жалости и сочувствия, сверх меры оберегают ребенка от опасностей внешнего мира. Эти дети, окруженные повышенным вниманием, обречены на пассивность и инфантилизм.

4. Дефект ребенка может восприниматься родителями как позор семьи. В ситуации скрытого отвержения ребенка, родители маскируют отрицательное отношение и отвержение к своему ребенку заботливым поведением, педантично стараясь выполнять свои обязанности «как хорошие родители».

5. Другой вариант отречения от ребенка, когда родители полностью осознают свои негативные чувства. Тем не менее, такие родители прибегают к определенным формам защиты, чтобы преодолеть психологическое напряжение, вызванное чувством вины и стыда. Например, родители занимают внешне обвиняющую позицию, приписывая ответственность за неадекватное отношение к больному ребенку врачам, учителям, обществу.

С появлением в семье больного ребенка меняется и привычный быт семьи, и ее взаимодействие в окружающем миром. Так, например, нередко случаи, когда родители, опасаясь насмешек со стороны других людей, предпочитают выходить на прогулку в темное время суток, избегают общения со здоровыми детьми.

По мнению Л.И. Акатова, семья переживает наиболее тяжело подростковый возраст, который сопровождается возникновением проблем, связанных с сексуальностью, изоляцией от сверстников, будущим профессиональным самоопределением. Подросток переживает амбивалентность отношений с семьей: с одной стороны, он стремится к независимости, а с другой — остается болезненное понимание зависимости от родителей. Отношение сверстников переживается всей семьей, так как является индикатором степени отчуждения или принятия, которые ощущает подросток [Акатов, 2003].

Структура семьи с больным ребенком имеет следующий вид: активная, авторитарная мать, симбиотически привязанный к ней ребенок и отгороженный от них отец. Такое отстранение отца из психологической жизни ребенка может иметь под собой макросоциальные, традиционные корни, лежащие в представлении о распределении обязанностей в семье с больным ребенком, когда отец занимает позицию наблюдателя.

Исследование личностных черт родителей больных детей позволяет выделить такие общие черты, как сензитивность и гиперсоциализация, защитный характер поведения. Эмоциональная чувствительность проявляется в ранимости, обидчивости, склонности принимать окружающие события близко к сердцу. Гиперсоциализация выражается в повышенном чувстве долга, ответственности, в трудностях компромиссов. Защиты не позволяют быть открытым, непринужденным в общении, что часто обусловлено наличием травматического опыта межличностных отношений [Галасюк, 2011]. Также такие родители склонным считать себя менее удачливыми, чем родители здоровых детей, неспособными преодолеть трудные жизненные ситуации. У родителей могут проявляться признаки психосоматических, астенических, а также и пограничных психических расстройств. Отношение к себе характеризуется чувством вины, что явились причиной болезни, не смогли уберечь или предупредить случившееся, сомнениями в своих возможностях в уходе за больным ребенком, беспомощностью, представлениями о собственной несостоятельности (как женщины, матери...). Родители часто видят себя через призму ребенка, мотивируя свои поступки заботой о благополучии ребенка.

Исследование личностных конструкторов родителей больных детей и детей-инвалидов [Дэвис, 2011] показало, что процесс адаптации к заболеванию зависит от успешности перестройки представлений родителей о ребенке, его болезни, семье и окружающем мире. Так, например, сообщение диагноза сопровождается сильной тревогой в силу недостаточной осведомленности родителей о болезни, ее лечении, возможных прогнозах. Соответственно, получение необходимой информации сни-

жает риск психологической дезадаптации и облегчает принятие болезни. Дисфункциональные паттерны детско-родительских отношений: гиперопека, отрицание болезни, — появляются из-за смешения представлений о ребенке и болезни. В первом случае родители стараются «сохранить» видение своего ребенка и потому избегают признания болезни, во-втором — крайне ограничивают самостоятельность ребенка, преувеличивая возможные опасности заболевания.

Ведущим защитным механизмом у родителей является проекция, что выражается в приписывании ответственности за свои переживания внешнему миру. Также используются такие механизмы, как: реактивное новообразование, т.е. преобразование негативного аффекта в позитивный; отрицание как отказ адекватно воспринимать информацию; рационализация, которая проявляется в убеждении себя в рациональности и правильности своих действий [Хитева, 2007].

Бремя заботы о травмированных подростках и молодых людях, если они не состоят в браке, ложится на плечи родителей. Однако публикаций, посвященных исследованию психологического состояния родителей пациентов с ТБСМ крайне мало. Тяжелая физическая травма индивида оказывает травматическое влияние на состояние всех членов семьи. По данным исследований у членов семьи пациента с тяжелой физической травмой наблюдаются симптомы посттравматического стресса в течение первой недели с момента получения травмы их родственником [Pielmaier, 2011]. Исследование психического состояния родителей детей с физическими травмами показало, что симптомы посттравматического стрессового расстройства наблюдаются у 8% родителей спустя полгода с момента травмы ребенка [Kassam-Adams, 2009].

В медицинской литературе выделяется 4 этапа восстановления после травмы спинного мозга, критерием выделения которых является динамика деструктивных и восстановительных процессов.

1. Острый период (2—3 суток) — сопровождается явлениями спинального шока и полного нарушения проводимости.
2. Ранний период (2—3 недели) — характеризуется частичным восстановлением обратимых изменений.
3. Промежуточный период (1—4 месяца) — этот период проявляет истинный характер повреждения.
4. Восстановительный (более 4-х месяцев).
5. Поздний период (более 3-х лет) [Кислица, 2011].

Исследователи отмечают, что травма спинного мозга имеет разрушительные последствия не только для пострадавшего, но и для семьи в целом [Weller, 1977]. Родители переживают состояния депрессии, вины и беспомощности на протяжении длительного времени с момента трав-

матизации. Исследования процесса адаптации пациентов и их семей показывает невысокий уровень адаптации независимо от давности травмы [DeSanto-Madeya S, 2009]. По данным С. Loran [Loran, 2009], наиболее сильный дистресс семья переживает в первый год после травмы. Таким образом, изучение психоэмоционального состояния родителей подростков и молодых людей, перенесших травму спинного мозга, является актуальным для выявления мишеней психосоциальной работы с семьями.

Цель исследования: изучение динамики психоэмоционального состояния родителей подростков и молодых людей, перенесших травму спинного мозга, а также его связи с особенностями реакции на болезнь ребенка и стилем эмоциональной коммуникации.

Задачи исследования:

1) сравнительное исследование симптомов эмоциональной дезадаптации у двух групп родителей подростков и молодых людей, находящихся на различных этапах реабилитации;

2) сравнительное исследование восприятия родителями болезни ребенка на различных этапах реабилитационного восстановления;

3) сравнительное исследование стилей эмоциональной коммуникации в семьях подростков и молодых людей на различных этапах реабилитации;

4) исследование связи коммуникативных дисфункций и симптомов эмоциональной дезадаптации у родителей подростков и молодых людей, перенесших спинальную травму;

5) исследование связи коммуникативных дисфункций и особенностей восприятия болезни ребенка у родителей подростков и молодых людей, перенесших спинальную травму.

Характеристика выборки. Было обследовано 36 родителей подростков и молодых людей с травмой спинного мозга, которые были разделены на две группы по критерию давности травмы: восстановительный этап (до 3-х лет) — 18 чел. (50%), поздний этап (более 3-х лет) — 18 чел. (50%).

Описание методов

Изучение динамики психоэмоционального состояния родителей подростков и молодых людей, перенесших травму спинного мозга, проводилось методом срезов, а именно: первая группа включала родителей пациентов, находящихся на восстановительном этапе (от года до 3-х лет), вторая группа — родителей пациентов, находящихся на позднем этапе (от 3-х лет).

1. Опросник депрессии Бека (BDI) в адаптации Н.В. Тарабриной [Тарабрина, 2007]. Разработан для выявления симптомов депрессии.

Состоит из 21 пункта. Пункты включают четыре утверждения, отражающих разную степень выраженности симптоматики. Испытуемому предлагается выбрать одно, наиболее верно отражающее его самочувствие в течение последних двух недель.

2. Опросник тревоги Бека (BAI) в адаптации Н.В. Тарабриной [Тарабрина, 2007] направлен на выявление симптомов тревоги. Состоит из 21 высказывания. Высказывания отражают основные симптомы тревоги: испытуемому предлагается оценить, насколько его беспокоил каждый из указанных симптомов в течении последних двух недель по интенсивности беспокойства («совсем не беспокоил», «слегка, не слишком беспокоил», «умеренно, это было неприятно, но я мог это выносить», «очень сильно, я с трудом мог это выносить»).

3. Опросник Семейных эмоциональных коммуникаций. Разработан А.Б. Холмогоровой и С.В. Воликовой [Холмогорова, Воликова, 2000]. Тестирует стили детско-родительских коммуникаций, уровень негативных эмоций в семье и правила эмоционального поведения. Включает в себя 34 вопроса, объединенных в восемь шкал: 1) элиминирование эмоций (исследует семейные правила, поощряющие сдержанность и блокирование эмоций); 2) родительская критика (диагностирует повышенную критичность по отношению к ребенку); 3) индуцирование тревоги (отражает повышенный уровень родительской тревоги); 4) фиксация на негативных переживаниях (тестирует уровень толерантности родителей к негативным переживаниям ребенка, а также их способность поддерживать и успокоить); 5) внешнее благополучие (отражает правила, связанные с выражением чувств в контактах с другими людьми, склонность к демонстрации благополучного «фасада»); 6) индуцирование недоверия к людям (исследует негативные установки семьи по отношению к окружающим); 7) семейный перфекционизм (тестирует семейные установки, связанные с ценностью достижений и совершенства); 8) сверхвключенность (стремление родителей быть максимально включенными в жизнь детей) α -Кронбаха -0,7. Родителям предполагалась модификация теста для оценки их отношения с детьми.

4. Методика диагностики отношения родителей к болезни ребенка [Каган, Журавлева, 1991]. Измеряет восприятие родителем болезни ребенка, оценку ими тяжести и источника возникновения заболевания, особенности поведения родителей. Опросник включает 40 утверждений, образующих четыре шкалы: 1) интернальность (при высоких показателях — болезнь воспринимается как следствие внешних причин, на которые невозможно повлиять, при низких — родители видят себя ответственными за болезнь ребенка); 2) тревога (высокие показатели свидетельствуют о наличии высокой тревоги у родителей, крайне низкие —

о работе защитных механизмов отрицания и вытеснения); 3) нозогнозия (высокие баллы говорят о преувеличении родителями тяжести заболевания, низкие — о явлениях анозогнозии, игнорировании последствий болезни); 4) контроль активности (тенденция родителей к максимальному ограничению активности ребенка или, при низких показателях, недостаточное внимание к болезни ребенка и недостаточное понимание даже необходимых ограничений) α -Кронбаха -0,5.

Результаты и их обсуждение

В табл. 1 представлены результаты сравнительного исследования симптомов эмоциональной дезадаптации у родителей подростков и молодежи на восстановительном и позднем этапах реабилитации после травмы спинного мозга.

Таблица 1

Показатели эмоциональной дезадаптации у родителей подростков и молодежи на разных этапах переживания травмы спинного мозга

Группы	До 3-х лет, № = 18 <i>M(SD)</i>	Более 3-х лет, № = 18 <i>M(SD)</i>	Критерий Манна-Уитни, Уровень значимости <i>p</i>
Показатели			
Симптомы депрессии	15,25 (3,9)	6 (4,2)	0,001**
Симптомы тревоги	14,75 (2,8)	13,5 (3,6)	0,35

M — среднее.

SD — стандартное отклонение.

* при уровне значимости $p < 0,05$.

** при уровне значимости $p \leq 0,01$.

*** при уровне значимости $p \leq 0,001$.

Выявлены статистически значимые различия показателей депрессии у родителей пациентов, находящихся на восстановительном и позднем этапах. В группе родителей пациентов со сроком травмы более 3-х лет отмечаются более низкие показатели депрессии и тревоги, чем в группе родителей пациентов со давностью травмы менее 3-х лет. Согласно нормам, средние показатели симптоматики обследуемых групп соответствуют легкой (на границе с умеренной) депрессии на восстановительном этапе и отсутствию депрессии на позднем этапе. Средние показатели тревоги не имеют статистических различий и соответствуют среднему уровню тревоги на обоих этапах.

В табл. 2 представлены результаты сравнительного исследования отношения родителей к болезни ребенка, находящегося на различных этапах восстановительного лечения.

Таблица 2

Отношение к болезни ребенка у родителей подростков и молодых людей, находящихся на различных этапах реабилитации

Показатели \ Группы	До 3-х лет, № = 18 <i>M(SD)</i>	Более 3-х лет, № = 18 <i>M(SD)</i>	Критерий Манна-Уитни, Уровень значимости <i>p</i>
Интернальность	9,25(3,6)	- 4 (4,8)	0,002**
Тревога 3 (3,9)	-1,9(2,23)	0,22	
Нозогнозия	-7(7,4)	-12,54 (2,8)	0,13
Контроль активности	-7,36 (4,6)	-15,5 (3,3)	0,12
Общая напряженность	1,16 (6,2)	-5, 8 (7,3)	0,015*

M — среднее.

SD — стандартное отклонение.

* при уровне значимости $p < 0,05$.

** при уровне значимости $p \leq 0,01$.

*** при уровне значимости $p \leq 0,001$.

Статистически значимыми являются различия в группах испытуемых по шкале интернальности и по суммарному показателю «общая напряженность». Так, на более поздних этапах реабилитации отмечается тенденция к снижению общей напряженности (среднее значение < -1): отношение к болезни становится более нейтральным, меньше чувство собственной вины и ответственности, болезнь воспринимается как более контролируемая.

Е.В. Горшевой и Е.А. Полоухиной [Прошева, 2009; Полоухина, 2009] были получены данные об отношении родителей к болезни ребенка в группах детей с психическими расстройствами и в группе условно здоровых детей. При анализе высокие показатели соответствовали величинам большим 1 балла, а низкие — меньшим 1 балла.

В нашей выборке по критерию интернальности средние показатели в первой группе равны 2,35, во второй — -1,36. Общая напряженность в первой группе составляет 4,03, во второй — -3,86. Таким образом, родители пациентов, находящихся на восстановительном этапе реабилитации, более склонны расценивать состояние ребенка как нечто не поддающееся контролю, чем родители детей с психическими заболеваниями и условно здоровых детей. Это может быть связано с внезапностью получения спинальной травмы — события, которое меняет все жизненные перспективы как самого пострадавшего, так и семьи. Это событие может быть отнесено к категории травматического стресса и вызывать реакции, которые соответствуют посттравматическому стрессовому расстройству. Снижение показателя общей напряженности на более позд-

них этапах реабилитации и рост представлений о болезни, как о чем-то контролируемом по сравнению с семьями детей с психическими расстройствами и условно здоровых детей можно рассматривать как следствия действия совладающих стратегий, выработка которых занимает достаточно много времени.

В табл. 3 представлены результаты сравнительного исследования стилей эмоциональной коммуникации в обследованных группах родителей.

Таблица 3

Показатели стилей эмоциональной коммуникации у родителей подростков и молодежи на разных этапах переживания травмы спинного мозга

Показатели	Группы От года до 3-х лет, № = 18 <i>M(SD)</i>	Более 3-х лет, № = 21 <i>M(SD)</i>	Критерий Манна-Уитни, Уровень значимости <i>p</i>
Критика	8,25(1,12)	8,75 (3,67)	0,755
Индуктирование тревоги	13,75 (3,52)	15,25 (2,11)	0,031*
Элиминирование эмоций	8,5 (2,96)	9,04 (3,18)	0,347
Внешнее благополучие	6,25(1,85)	7,5 (1,89)	0,001***
Фиксация на негативных переживаниях	6,14 (1,52)	5,5 (2,12)	0,35
Индуктирование недоверия к людям	2,75 (2,44)	3,5(1,54)	0,293
Семейный перфекционизм	5,5(0,51)	4,5(1,34)	0,192
Сверхвключенность	7,25 (1,98)	7,75 (1,12)	0,76
Общий показатель семейных дисфункций	58,75(8,7)	59,75 (9,8)	0,54

M — среднее.

SD — стандартное отклонение.

* при уровне значимости $p < 0,05$.

** при уровне значимости $p \leq 0,01$.

*** при уровне значимости $p \leq 0,001$.

На позднем этапе реабилитации более выражены такие дисфункциональные коммуникации, как индуктирование тревоги и внешнее благополучие. Средние величины по этим параметрам семейной коммуникации указывают на негативную тенденцию: родители чаще выражают обеспокоенность по поводу возможных трудностей ребенка, с одной стороны, и стараются скрывать эти трудности от окружающих, лакировать проблемы — с другой.

Согласно результатам исследования семей депрессивных и тревожных пациентов, проведенного А.Б. Холмогоровой, Н.Г. Гаранян,

С.В. Воликовой, Г.А. Петровой, Т.Ю. Юдеевой [Холмогорова, 2011], средний суммарный показатель семейных дисфункций в экспериментальных группах существенно ниже, чем в нашей выборке: 49,9 (в группе пациентов с депрессивным расстройством) и 47,7 (в группе пациентов с тревожным расстройством). В контрольной группе здоровых пациентов этот показатель равен 40,3. Таким образом, в семьях подростков и молодых людей, независимо от давности травмы, сохраняется более высокий уровень семейных дисфункций, чем в семьях больных тревожными и депрессивными расстройствами.

В табл. 4 представлены результаты корреляционного анализа стилей эмоциональной коммуникации в семье и симптомов эмоциональной дезадаптации, выполненного на всей родительской выборке, независимо от давности травмы.

Таблица 4

Результаты корреляционного анализа семейных коммуникативных дисфункций и эмоциональной дезадаптации родителей подростков и молодых людей, перенесших тяжелую физическую травму (критерий Спирмена (r), $N_0 = 36$)

Показатели	Депрессия	Тревога
Критика	,047	,450**
Индукция тревоги	-,391*	-,417**
Элиминирование эмоций	,201	-,079
Внешнее благополучие	-,589*	,140
Фиксация на негативных переживаниях	,237	-,031
Индукция недоверия к людям	,220	,387*
Семейный перфекционизм	,301	,052
Сверхвключенность	-,374*	,303
Общий показатель	,160	,148

M — среднее.

SD — стандартное отклонение.

* при уровне значимости $p < 0,05$.

** при уровне значимости $p \leq 0,01$.

*** при уровне значимости $p \leq 0,001$.

Согласно данным таблицы, рост выраженности симптомов тревоги у родителей связан с такими дисфункциональными коммуникациями, как критика и индукция недоверия к людям — здесь имеют место положительные значимые корреляции. То есть тревожные родители склонны критиковать детей, использовать негативные сравнения, ограничивать контакты вне семьи, формировать

недоверчивое отношение к окружающим. Особого обсуждения требуют отрицательные значимые связи депрессии со склонностью родителей маскировать проблемы, стремлением быть максимально включенными в дела ребенка, а также обратные корреляции депрессии и тревоги с показателем индуцирования тревоги. Шкала «индуцирование тревоги» отражает склонность родителей проявлять повышенное беспокойство за самоэффективность ребенка, его способность справиться с трудностями и активность родителей, направленную на предупреждение неуспехов детей. Видимо, полученные данные отражают характерную для родителей пациентов с травмой спинного мозга тенденцию скрывать, отрицать или недооценивать собственное эмоциональное неблагополучие, замещая его повышенным беспокойством и озабоченностью проблемами ребенка по принципу «со мной все в порядке, я справлюсь, помощь нужна не мне, а ребенку». Защитные стратегии формирования внешнего видимого благополучия и сверхвключенности в дела ребенка также затрудняют открытую коммуникацию с родителями по поводу их собственного состояния. Интересно, что показатели внешнего благополучия и индуцирования тревоги растут, а депрессия снижается на позднем этапе реабилитации (см. табл. 5), что подтверждает роль установки на внешнее благополучие и фиксации на проблемах ребенка в преодолении собственного эмоционального дискомфорта у родителей. Эти установки могут стать важным препятствием для принятия психологической помощи, установления необходимых отношений сотрудничества между психологом, родителями и другими специалистами.

В табл. 5 представлены результаты корреляционного анализа стилей эмоциональной коммуникации в семье и отношения к болезни ребенка у родителей подростков и молодых людей, получивших тяжелую физическую травму, которые также даются по всей выборке в целом, независимо от этапа реабилитации.

Получены многочисленные корреляции между коммуникативными дисфункциями и различными аспектами отношения к болезни у родителей. Согласно данным таблицы высокий уровень критики в семье связан со склонностью родителей к повышенному контролю и установлению на время болезни максимальных ограничений активности ребенка. Преувеличение тяжести заболевания в области семейных взаимодействий связано с высокими требованиями и стандартами в семье и склонностью родителей быть максимально включенными в дела ребенка. С этим показателем существует значимая связь тревоги родителей за здоровье ребенка.

Таблица 5

Результаты корреляционного анализа дисфункций семейных коммуникаций и отношения к болезни ребенка у родителей подростков и молодых людей, перенесших тяжелую физическую травму (критерий Спирмена (r), № = 36)

Показатели	Интернальность	Тревога	Нозогнозия активности	Контроль
Критика	,102	,142	,076	,383*
Индукция тревоги	-,536**	-0,47	-633**	-,210
Элиминирование эмоций	-,199	-,465**	-506**	-,280
Внешнее благополучие	-,504*	-,308	-,314	-,222
Фиксация на негативных переживаниях	,094	-,127	-,242	-,258
Индукция недоверия к людям	-,173	,171	,047	,090
Семейный перфекционизм	,321	,118	,441*	,438*
Сверхвключенность	,284	,408*	,356*	,153
Общий показатель	-,188	-,331	-,364*	,226

* при уровне значимости $p < 0,05$.

** при уровне значимости $p \leq 0,01$.

*** при уровне значимости $p \leq 0,001$.

Стремление семьи лакировать и скрывать от окружающих проблемы коррелирует с представлением родителей о значительной роли их решений и действий в болезни ребенка. Запрет на выражение негативных чувств отрицательно коррелирует с показателем тревоги и нозогнозии, что может объясняться действием защитных механизмов отрицания или стратегий когнитивного избегания. Интересной является положительная значимая связь между показателем семейного перфекционизма и контролем активности. То есть родители склонны к трансляции амбивалентных сообщений: с одной стороны, они предъявляют высокие требования и стандарты достижений, с другой стороны, стремятся к максимальному ограничению самостоятельной активности ребенка.

Отдельного обсуждения требуют отрицательные значимые связи между показателями индукции тревоги и интернальностью и нозогнозией. Шкала «индукция тревоги» отражает склонность родителей опасаться возможных неудач ребенка, неуверенность в его самоэффективности и способности справиться с трудностями, тенденцию брать на себя ответственность за неуспехи ребенка, стремление предвосхитить и предупредить их. Шкала нозогнозии отражает не только недооценку тяжести заболевания, но и склонность родителей доверять или не доверять

оценке состояния ребенка врачом и окружающими (включает такие высказывания, как: «здоровье моего ребенка хуже, чем говорят врачи», «болезнь моего ребенка серьезнее, чем может показаться со стороны» и пр.). Таким образом, недоверие врачу соответствует преувеличению тяжести заболевания, представлению, что трудности пациента связаны с чем-то, что еще не обнаружено, снижение показателя означает тенденцию доверять полученным обследованиям и заключениям. Это, учитывая специфику ТБСМ (значительное ограничение физической активности, самообслуживания, общения и пр.), может повышать тревогу родителей за способность ребенка справиться с этими последствиями.

Склонность родителей к критичным замечаниям в отношении подростков и молодых людей, запрет на выражение негативных чувств, повышенная включенность в дела ребенка, установка на внешнее благополучие, закрытость внешних границ могут затруднять социальную адаптацию пациента со спинальной травмой, приводить к разрушению, оскудению существующих социальных контактов и неспособности заводить новые знакомства, расширять социальную сеть.

В табл. 6 представлены результаты корреляционного анализа показателей эмоциональной дезадаптации и отношения к болезни ребенка у родителей подростков и молодежи, перенесших тяжелую физическую травму.

Таблица 6

Корреляция показателей эмоциональной дезадаптации и отношения к болезни ребенка у родителей подростков и молодежи, перенесших тяжелую физическую травму (критерий Спирмена (r), $N = 36$)

Показатели	Депрессия	Тревога
Интернальность	,310	,340
Тревога	,236	,420*
Нозогнозия	,193	,576**
Контроль активности	-,161	,358*
Общая напряженность	,113	,552**

M — среднее.

SD — стандартное отклонение.

* при уровне значимости $p < 0,05$.

** при уровне значимости $p \leq 0,01$.

*** при уровне значимости $p \leq 0,001$.

Обнаружены значимые корреляционные связи между ростом симптомов тревоги и тревогой родителей за болезнь ребенка, преувеличени-

ем тяжести заболевания, максимальным ограничением активности пострадавшего и общим показателем напряженности. Ни одной значимой корреляции с показателями депрессии не обнаружено.

Обсуждение результатов

В проведенном нами исследовании эмоциональной дезадаптации самих пациентов (подростков и молодых людей) на разных этапах заболевания была выявлена негативная динамика: возрастание показателей тревоги и депрессии на позднем этапе восстановления болезни (в печати). Анализ эмоционального неблагополучия в родительской выборке показывает обратную тенденцию: снижение депрессивного состояния у родителей на более позднем этапе реабилитации. Такая динамика может объясняться тем, что в практике реабилитационного восстановления первичные прогнозы и результаты обследований сообщаются прежде всего родителям. Это приводит к разрушению надежд на скорое и полное восстановление ребенка, возрастанию негативных переживаний за его здоровье, будущее, усилению депрессивных переживаний. Из практической работы замечено, что родители часто просят не сообщать прогноз детям, даже если те достигли совершеннолетия, опасаясь за их эмоциональное состояние. Таким образом, на восстановительном этапе (до 3-х лет) подростки и молодые люди и их родители оказываются в совершенно противоположных состояниях: в то время как пациенты, которым сообщается неполная информация о прогнозе, не осознают последствия, в том числе и психологические, физических ограничений, их родители сталкиваются с необходимостью принятия неотвратимых изменений, а также испытывают сильное напряжение, сохраняя тайну от ребенка.

В отличие от депрессии, показатели тревоги остаются умеренно выраженными независимо от давности травмы. Это отражает сохранение психоэмоционального напряжения у родителей на различных этапах реабилитации. Цели преодоления состояния беспомощности служит сверхактивность родителей в отношении ребенка (максимальная включенность его в дела, стремление предупредить и предвосхитить его возможные неудачи), а также тенденция скрывать от окружающих существующие трудности и проблемы. Об этом свидетельствует снижение депрессии на более позднем этапе реабилитации, проявление на этом этапе таких дисфункций коммуникации, как индуцирование тревоги и внешнее благополучие, отрицательные корреляционные связи депрессии и индуцирования тревоги, внешнего благополучия и сверхвключенности. Полученные данные, а также положительная корреляция тревоги и показателя индуцирования недоверия к людям, соответствуют представлению о гиперстеническом типе реагирования родителей на

болезнь ребенка, при котором родители вытесняют негативные переживания и стремятся быть максимально включенными в жизнь больного ребенка, сохраняя закрытые семейные границы, формируя настороженное отношения к окружающим, часто лакируя и маскируя существующие проблемы. Такие родители не воспринимают себя как нуждающихся в помощи, не видят своей роли в дезадаптации ребенка, отрицают собственное неблагополучие, смещают его на ребенка, часто не понимают необходимости личной работы с психологом. Так, за время существования школы спинальной травмы для родителей в центре «Преодоление» родители крайне редко обращались к специалистам психологической службы в связи с собственными эмоциональными проблемами и в большинстве случаев ограничивались единичными консультациями, их чаще направляли врачи или вызывал на беседу специалист-психолог. На таких встречах, родители избегают разговора о своем психоэмоциональном состоянии, редко склонны к сотрудничеству. Видимо, это связано с работой защитных механизмов, болезненным столкновением с собственными негативными чувствами, трудностями их принятия, что является важным условием их переработки и преодоления. Так, по словам одной из родительниц, после разговора с психологами у нее портится настроение. К сожалению, и врачи далеко не всегда понимают необходимость работы с тяжелыми чувствами родителей.

Тесно связан с коммуникативными дисфункциями уровень тревоги. Так, исследование показало: возрастание тревоги связано с увеличением критических замечаний в адрес ребенка. Как показывает практика, родители пациентов часто склонны критиковать их за недостаточные усилия в отношении занятий, объяснять этим медленное восстановление, сравнивать с более успешными случаями. Тревога оказывает влияние также и на восприятие болезни родителем. Рост тревоги связан с увеличением контроля и ограничений поведения пациента, гипернозогнозией, т.е. преувеличением тяжести заболевания. Родители под влиянием тревоги, депрессивных переживаний могут неосознанно прибегать к неадекватным поведенческим и коммуникативным стратегиям (чрезмерное ограничение самостоятельности пациента, гиперопека, критика, предъявление завышенных требований, при запрете на выражение негативных чувств и др.), следствием которых может быть рост ощущения беспомощности у пациента. Избегая состояния собственно бессилия и беспомощности, родители неосознанно способствуют его формированию у детей. Таким образом, важной мишенью психологической работы с родителями являются семейные коммуникации и коммуникативные дисфункции, в которых отражаются неконструктивные стратегии совладания со стрессом.

Полученные данные свидетельствуют о наличии трех главных мишеней работы с родителями подростков и молодых людей, получивших травму спинного мозга.

1. Преодоление сопротивления родителей по отношению к психологической работе, осознание ими влияния их эмоционального состояния на состояние ребенка, снижение отрицания и избегания и привлечение родителей к сотрудничеству в решении их собственных эмоциональных проблем.

2. Важной мишенью являются коммуникативные дисфункции в семьях, которые способствуют ухудшению психоэмоционального состояния пациентов.

3. Полученные данные также ставят вопрос о согласованности междисциплинарной работы врачей и психолога. Сообщение информации родителям часто происходит без учета их психологических особенностей и эмоционального состояния пациентов. Информирование протекает стихийно, часто несогласованно, его источниками являются разные участники реабилитационного процесса (врач-невролог, врач ЛФК, инструктора, средний медицинский персонал) и даже другие пациенты. Это способно снижать эффективность лечения, доверие к врачам, повышать уровень тревоги родителей.

Необходимость работы с этими мишенями хорошо видна при анализе следующего случая (все данные изменены таким образом, чтобы личность пациента была неузнаваема):

Пациент, 18 лет, давность травмы менее 3 лет, поступил на реабилитацию сразу после лечения в больнице. Чувствует себя ответственным за состояние матери и младшего брата, оберегает их, старается защитить от негативных эмоций, считая, что им и так слишком тяжело, а «мама сильно расстраивается, если что-то нехорошее происходит». Мать пациента не пришла на консультацию с психологом, отказалась заполнять предложенные опросники, так как «там слишком тяжелые вопросы (про опросник депрессии Бека)». Поначалу пациент отмечал положительную динамику реабилитации, сохранял намерение «обязательно встать на ноги, чтобы помогать маме». В ходе реабилитации врачами было сделано заключение о негативном прогнозе реабилитации, о чем было сообщено матери. Она запретила врачу сообщать диагноз пациенту, опасаясь за его эмоциональное состояние. В дальнейшем, психоэмоциональное состояние пациента значительно ухудшилось (нарушения сна, снижение тонуса, снижение настроения), но от помощи он старательно отказывался, мотивируя это тем, что у него все хорошо, он продолжает успешно реабилитироваться. Отрицание проблем и потребность поддерживать внешнее благополучие передавались от матери к ребенку и способствовали негативной динамике эмоционального состояния.

Таким образом, недостаточное внимание к психологическим особенностям матери при сообщении диагноза, отрицание матерью влияния ее психоэмоционального состояния на ребенка, избегание контакта с психологом, дисфункциональные семейные коммуникативные стратегии (индуцирование тревоги, внешнее благополучие) привели к росту эмоционального напряжения и ухудшению состояния пациента и снижению потенциальных возможностей сотрудничества с психологом.

Выводы

1. Для группы родителей подростков и молодых людей, находящихся на восстановительном этапе, характерны более выраженные симптомы депрессии, чем для родителей пациентов, находящихся на позднем этапе. Тревога сохраняется умеренно выраженной независимо от давности травмы.

2. Родители склонны отрицать состояние собственного эмоционального неблагополучия, смещая его на ребенка. Чтобы справиться с собственным состоянием беспомощности и тревоги, родители прибегают к поведению, ограничивающему собственную активность пациента, стараются быть максимально включенными в его дела, склонны к критике и сравнению с более успешными случаями, не доверяют окружающим, маскируют трудности и проблемы, создавая впечатление благополучия.

3. Независимо от этапа реабилитации, тяжелое психоэмоциональное состояние родителей подростков и молодых людей связано с коммуникативными дисфункциями. Родители, испытывающие тревожные состояния, склонны критиковать ребенка, способствовать формированию более закрытых семейных границ, т. е. избегать общения с окружающими, сужать контакты с родными и друзьями. Критика и повышенная включенность в жизнь пациента, ограничивающая его самостоятельность способствует ухудшению состояния подростков и молодых людей, перенесших тяжелую физическую травму, а также могут препятствовать поддержанию старых и созданию новых социальных связей и контактов, обеспечивающих важную систему социальной поддержки.

3. Важным фактором, предупреждающим утяжеление психоэмоционального состояния родителей и самих пациентов, является согласованная работа междисциплинарной бригады врачей и психологов с семьей, которая должна начинаться на ранних стадиях реабилитации. Родители часто не воспринимаются как находящиеся под влиянием тяжелого стресса. Несмотря на мобилизацию, для них характерно реагирование утяжелением симптомов депрессии и тревоги, выраженными дисфункциями коммуникации в семье, которые могут негативно влиять на состояние самого пациента.

ЛИТЕРАТУРА

- Акатов Л.И.* Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы. М.: Гуманит. Изд. ВЛАДОС, 2003. 368 с.
- Булобаш И.Д., Морозов И.Н., Приходько М.С.* Психологическая реабилитация пациентов с последствиями спинальной травмы, Самара: Издательский Дом «Бахрах-М», 2011. 272 с.
- Галасюк И.Н.* Проблема психической травматизации членов семьи инвалида // Вестник московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки, 2011. № 1. С. 54—60.
- Грошева Е.В.* Отношение родителей к психическому расстройству ребенка: Дисс. ... соиск.канд. психол. наук. СПб., 2009. 235 с.
- Дэвис Х.* Как помочь семье, в которой серьезно болен ребенок: взгляд психолога. М.: Этерна, 2011. 220 с.
- Каган В.Е., Журавлева И.П.* Методика диагностики отношения родителей к болезни ребенка // Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии. Методическое пособие. Под ред. Д.Н. Исаев, В.Е. Каган, СПб., 1991. 80 с.
- Кислица Г.К.* Некоторые особенности психологической работы с пациентами, имеющими спинальную травму // Материалы международной научно-практической конференции. Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья. М.: 2011. 713 с.
- Левченко И.Ю., Ткачева В.В.* Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: Методическое пособие. М.: 2008. 240 с.
- Залобина А.Н.* Особенности межличностных отношений в семьях с ребенком с ограниченными возможностями // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. СПб., 2009. т. 11. № 11. С. 128—131.
- Полоухина Е.А.* Влияние наличия ребенка-инвалида в семье на характер брачно-семейных отношений: Дисс. ...соиск. канд. психол. наук. СПб, 2009. 167 с.
- Хитева А.А.* Защитные механизмы личности и особенности родительского отношения к детям с двигательными нарушениями различного генеза // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, 2007. т. 22. № 53. С. 419—424.
- Холмогорова А.Б.* Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра. Автореф. дисс. ... докт. псих. наук. М.: 2006
- Холмогорова А.Б., Воликова С.В.* Эмоциональные коммуникации в семьях больных соматоформными расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия, 2000. 4. С. 5—9.
- Холмогорова А.Б.* Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. М. 2011. 480 с.
- DeSanto-Madeya S.* Adaptation to spinal cord injury for families post-injury. Nurs Sci Q., 2009. Jan. № 22 (1). P. 57—66.
- Eiser Ch.* Chronic childhood disease: An introduction to psychological theory and research. N.Y., 1990. 177 p.

- Kassam-Adams N.* Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in parents of injured children // *Trauma Stress*, 2009. Vol. 22(4). P. 294—302.
- Lapham-Randlov N.* How the family copes with spinal cord injury: a personal perspective. *Rehabil Nurs*, 1994. Vol. 19. P. 80.
- Pielmaier L., Walder B., Rebetz M.M., Maercker A.* 2011. Post-traumatic stress symptoms in relatives in the first weeks after severe traumatic brain injury // *Brain Injury*, 2011. № 25. P. 259—265.
- Sisto S.A.* Spinal Cord Injuries Management and Rehabilitation, St. Louis, Missouri: Mosby elsevier, 2009. 583 p.
- Weller D.J., Miller P.M.* Emotional reactions of patient, family, and staff in acute-care period of spinal cord injury: part 1.2 *Soc Work Health Care*, 1977. № 2(4). P. 369—77.

PSYCHOEMOTIONAL STATUS OF PARENTS OF TEENAGERS AND YOUNG PEOPLE REHABILITATED AFTER SPINAL CORD INJURY

A.YU. SUROEGINA, A.B. KHOLMOGOROVA

A spinal cord injury in adolescence and young age has a significant impact on the psychoemotional status of all family of the victim, and especially on his parents, because they have to adapt to the heavy disease of the child. Besides, they have to help him in solving the same problem. The group of 39 parents of teenagers and young people was divided into two smaller groups. The criterion was the time of injury. It was shown that the adaptation to trauma is connected with various strategies, including those expressed in communicative dysfunctions in communication with the child. A moderate level of anxiety is marked both in recovery and later stages of rehabilitation. However, the reduction of depression symptoms in the second stage was closely connected with the attempts to conceal problems and the child's fears about future difficulties that cannot be regarded as constructive coping. The symptoms of parents' emotional disadaptation are closely connected with various communication disorders, reflecting the non-constructive coping strategies: the higher the parents' anxiety, the higher parents' criticism to the child; the reduction of parents' depression is connected with their fixation on the external well-being and on the excessive involvement in child's problems. The importance of the work with parents and interdisciplinary cooperation of the physician and the psychologist in informing the family and the patient about the prognosis of the disease and in the rehabilitation process is clearly shown.

Keywords: injury of a spinal cord, psychological rehabilitation, psychosocial aftertreatment, family dysfunctions, emotional disadaptation, depression and anxiety symptoms, the interdisciplinary cooperation.

- Akatov L.I.* Sotsial'naya rehabilitatsiya detej s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya. *Psikhologicheskie osnovy*. M.: Gumanit. Izd. VLADOS, 2003. 368 c.
- Bulyubash I.D., Morozov I.N., Prikhod'ko M.S.* *Psikhologicheskaya rehabilitatsiya patients'ov s posledstviyami spinal'noj travmy*, Samara: Izdatel'skij Dom "Bakhrakh-M", 2011. 272 c.

- Galasyuk I.N.* Problema psikhicheskoy travmatizatsii chlenov sem'i invalida // Vestnik moskovskogo gosudarstvennogo oblastnogo universiteta. Seriya: Psikhologicheskie nauki, 2011. № 1. С. 54—60.
- Grosheva E.V.* Otnoshenie roditel'ev k psikhicheskomu rasstrojstvu rebenka: Diss. ... soisk.kand. psikhol. nauk. SPb., 2009. 235 с.
- Dehvis Kh.* Kak pomoch' sem'e, v kotoroj ser'ezno bolen rebenok: vzglyad psikhologa. M.: Ehterna, 2011. 220 с.
- Kagan V.E., Zhuravleva I.P.* Metodika diagnostiki otnosheniya roditel'ev k bolezni rebenka // Psikhodiagnosticheskie metody v pediatrii i detskoj psikhonevrologii. Metodicheskoe posobie. Pod red. D.N. Isaev, V.E. Kagan, SPb., 1991. 80 с.
- Kislitsa G.K.* Nekotorye osobennosti psikhologicheskoy raboty s patsientami, imeyushimi spinal'nyu travmu // Materialy mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferentsii. Aktual'nye problemy psikhologicheskoy reabilitatsii lits s ogranichenymi vozmozhnostyami zdorov'ya. M.: 2011. 713 s.
- Levchenko I.Yu., Tkacheva V.V.* Psikhologicheskaya pomoshh' sem'e, vospityvayushhej rebenka s otkloneniyami v razviti: Metodicheskoe posobie. M.: 2008. 240 с.
- Zalobina A.N.* Osobennosti mezhlichnostnykh otnoshenij v sem'yakh s rebenkom s ogranichenymi vozmozhnostyami // Uchenye zapisi Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo instituta psikhologii i sotsial'noj raboty. SPb., 2009. t. 11. № 11. S. 128—131.
- Poloukhina E.A.* Vliyanie nalichiya rebenka-invalida v sem'e na kharakter brachno- семеjnykh otnoshenij: Diss. ...soisk. kand. psikhol. nauk. SPb, 2009. 167 s.
- Khiteva A.A.* Zashhitnye mekhanizmy lichnosti i osobennosti roditel'skogo otnosheniya k detyam s dvigatel'nymi narusheniyami razlichnogo geneza // Izvestiya Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gertsena, 2007. t. 22. № 53. С. 419—424.
- Kholmogorova A.B.* Teoreticheskie i ehmpiricheskie osnovaniya integrativnoj psikhoterapii rasstrojstv affektivnogo spektra. Avtoref. diss. ... dokt. psikh. nauk. M.: 2006.
- Kholmogorova A.B., Volikova S.V.* Ehmotsional'nye kommunikatsii v sem'yakh bol'nykh somatoformnymi rasstrojstvami // Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya, 2000. 4. С. 5—9.
- Kholmogorova A.B.* Integrativnaya psikhoterapiya rasstrojstv affektivnogo spektra. M. 2011. 480 s.
- DeSanto-Madeya S.* Adaptation to spinal cord injury for families post-injury. Nurs Sci Q., 2009. Jan. № 22 (1). P. 57—66.
- Eiser Ch.* Chronic childhood disease: An introduction to psychological theory and research. N.Y., 1990. 177 p.
- Kassam-Adams N.* Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in parents of injured children // Trauma Stress, 2009. Vol. 22(4). P. 294—302.
- Lapham-Randlov N.* How the family copes with spinal cord injury: a personal perspective. Rehabil Nurs, 1994. Vol. 19. P. 80.
- Pielmaier L., Walder B., Rebetz M.M., Maercker A.* 2011. Post-traumatic stress symptoms in relatives in the first weeks after severe traumatic brain injury // Brain Injury, 2011. № 25. P. 259—265.
- Sisto S.A.* Spinal Cord Injuries Management and Rehabilitation, St. Louis, Missouri: Mosby elsevier, 2009. 583 p.
- Weller D.J., Miller P.M.* Emotional reactions of patient, family, and staff in acute-care period of spinal cord injury: part 1.2 Soc Work Health Care, 1977. № 2(4). P. 369—77.

ВЛИЯНИЕ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ К СЕМЬЕ НА УСПЕШНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ

С.Н. БЕЛЬКОВ

Наркогизация населения оказывает мощное негативное воздействие на все сферы жизнедеятельности общества. Проблему наркомании следует рассматривать не только в контексте физиологии, но и в контексте личности, прибегающей к наркотикам в конкретной социальной ситуации. Актуальным направлением в данном контексте является изучение факторов, влияющих на успешность реабилитации наркозависимого поведения. Известно, что большое значение в формировании аддиктивного поведения играют семейные взаимоотношения. Низкий уровень конфликтности в семье, ориентация на достижения, а также адекватное представление о морально-нравственном развитии семьи (по оценкам родителей) могут способствовать успешному прохождению реабилитации наркозависимым.

Ключевые слова: наркотическая зависимость, реабилитация, родительские отношения, конфликтность в семье, независимость, самостоятельность.

Одной из острейших социальных проблем современного общества является рост числа молодых людей, страдающих наркотической зависимостью. Данный вид аддикции резко отрицательно влияет на процесс адаптации к жизни в социуме и несет реальную угрозу здоровью будущих поколений. Наряду с разработкой средств первичной профилактики ведется и поиск способов преодоления уже сформировавшейся наркотической зависимости. Опыт показывает, что одними медицинскими средствами решить эту проблему невозможно. Актуальным направлением в данном контексте является изучение факторов, влияющих на успешность реабилитации наркозависимого поведения. Известно, что большое значение в формировании аддиктивного поведения играют семейные взаимоотношения.

В семье при нарушении внутрисемейных отношений создается неблагоприятный фон для эмоционального развития ребенка, и это, в конечном итоге, может стать источником формирования генерализован-

ной неудовлетворенности — т.е. семья является одним из основных факторов развития предпосылок наркомании. Наибольшую опасность с точки зрения формирования наркомании представляют семьи, в которых за внешним благополучием скрываются нарушения семейного взаимодействия, часто не осознаваемые ее членами. Неблагополучные семьи, как правило, стоят на учете специальных социальных служб, и с ними проводится соответствующая социально-психологическая работа, направленная на профилактику нарушений семейного функционирования. Однако задача должна ставиться шире: психопрофилактическую работу необходимо начинать именно с внешне благополучными семьями, чтобы увеличить их наркоустойчивость. В связи с этим необходимо отметить, что здоровая семья является одним из важнейших факторов эффективной позитивной социализации ребенка и профилактики наркомании.

В наше время достаточно широко тема реабилитации и рессоциализации изучается в теоретических рамках науки и практики. Есть достаточно много исследований, которые направлены на реабилитацию наркозависимых, на рисковое поведение подростков, так как 85% наркоманов — люди от 20 до 39 лет.

Специальное исследование семей подростков-наркоманов, проведенное нами, показало, что среди психологических факторов, создающих условия для злоупотребления подростками психоактивными веществами, большое значение имеет неблагополучие в семье, а также нарушение семейного функционирования. В связи с этим можно выделить следующие виды неблагополучного семейного взаимоотношения, приводящие к наркомании:

- *деструктивная семья* — отличается автономией отдельных членов, отсутствием взаимности в эмоциональных контактах. В таких семьях родители составляют так называемую диссоциированную супружескую пару, когда, например, ригидный эмоционально жесткий по характеру отец и неорганизованная, необузданная мать не в состоянии создать стабильной обстановки воспитания;

- *распадающаяся семья*, в ней чрезмерно обострилась конфликтная ситуация, фактически брак уже распался, но супруги продолжают жить вместе. Источником конфликта в таких семьях вполне может быть неосознанное нежелание одного (или обоих) супругов терпеть присутствие другого супруга как конкретного человека с его жизненными установками, уровнем культуры и манерой поведения. В таких семьях конфронтация интересов взрослых заметна для ребенка, отрицательные эмоции постоянно «прорываются» в психологический микроклимат семьи, что считается наибольшим психотравмирующим условием для ре-

бенка из-за длительности стрессовой ситуации и таким образом в конечном итоге приводит к нарушениям в развитии его личности;

- *неполная семья* — отсутствует кто-либо из родителей. В такой семье очень часто возникает симбиотическая связь, которая определяет психологическое слияние матери и ребенка, и оно может привести к самоотжествлению и к крайним формам взаимной зависимости;

- *ригидная псевдосолидарная семья* — отличается безоговорочным доминированием одного из членов за счет положения других, жесткой регламентации всей семейной жизни. В таких семьях при всем многообразии конкретных конфликтных ситуаций родители стараются подчинить личность ребенка собственному представлению о нем в ущерб его реальной, живой индивидуальности. Очень часто выбирается такая воспитательная тактика, в которой ребенок вынужден приспособляться вместо того, чтобы развиваться естественно.

Исследований, сконцентрированных именно на родительском отношении к семье, которое влияет на успешность прохождения реабилитации, в общем доступе нами не обнаружено. Возможно, они и проводились, но по какой-либо причине не были опубликованы. Именно это обстоятельство явилось основанием проведения данного исследования. Предполагаем изучить особенности родительского отношения к семье как фактор успешного преодоления наркозависимости.

Цель исследования состоит в том, чтобы выявить влияние родительского отношения к семье на успешность реабилитации наркозависимых больных.

В процессе проведения бесед, индивидуальных консультаций, наблюдений за поведением воспитанников и их родителей во время мотивационного процесса для наркозависимых, а также в процессе работы с членами их семей в центре Дневного стационара нами был сделан вывод о том, что, что при реабилитации наркозависимого низкий показатель конфликтности будет способствовать успешному прохождению реабилитационного процесса, так как согласие, доверие и понимание между членами семьи помогает вместе идти к поставленной цели. Прохождение реабилитационного процесса воспитанниками, в семьях которых есть разногласия и конфликты, будет более сложным. Разлад в семье не дает возможности быть сплоченными и достичь поставленной цели совместно. Также социальный климат в семье не в последнюю очередь влияет на успешность реабилитации наркозависимого больного.

Социальный климат семьи — это те правила поведения, которые сложились в семье и влияют на взаимоотношения в ней. Некоторые семейные правила устанавливаются открыто, другие правила скрыты, их

можно обнаружить, анализируя повторяющиеся ситуации, которые происходят в семье.

Правила, заданные социумом и культурой, разделяют многие семьи, а бывают правила уникальные, принятые в данной конкретной семье. Культурные правила семейной жизни известны всем. Уникальные правила известны только членам семьи.

Поэтому высокий показатель ориентации на достижения будет влиять на успешность реабилитации наркозависимого ребенка. Если в семье живут по определенным принципам, правилам, то это будет только быстрее способствовать наркозависимому адаптироваться в группе и пройти успешно первый этап (дневной стационар) реабилитации.

Гипотеза исследования: предполагается, что низкий уровень конфликтности в семье и высокий показатель ориентации на достижения, выявленные в оценках родителей, будут способствовать успешной реабилитации их наркозависимого ребенка.

Объектом исследования являются родители наркозависимого.

Методы исследования

1. Методика «Шкала семейных отношений» (предложенная R.H. Moos).
2. Беседа с наркозависимым и экспертами с целью оценки готовности перехода наркозависимого на следующий этап реабилитации.
3. Наблюдение за поведением наркозависимого на трудотерапии и групповых занятиях.

Теоретическая значимость исследования состоит в том, что проведенная работа позволяет расширить представления об отношении к семье родителей наркозависимых, способствующие успешной реабилитации.

Практическая значимость исследования заключается в том, что на основе результатов исследования можно будет разработать направления профилактического вмешательства, проводимого в программах по откazu от наркотических веществ, а также расширить уже используемые программы реабилитации.

Исследование проводилось на базе Дневного стационара Отдела по противодействию наркомании и алкоголизму Санкт-Петербургской Епархии с июля 2012 г. по октябрь 2012 г.

Отдел осуществляет социальную реабилитацию наркозависимых. В своей деятельности он опирается на духовно-нравственные и общечеловеческие ценности, на основе которых построена программа реабилитации наркозависимых «Обитель исцеления» [Бельков, Вишнеv, 2011, с. 26].

Данная программа включает два этапа:

1. Дневной стационар (мотивационный этап, или, согласно терминологии, принятой в наркологии — амбулаторный предреабилитационный этап).

2. Загородные реабилитационные центры «Саперное», женская Свято-Никольская община и строящийся реабилитационный центр в пос. Красноармейское, расположенные в Приозерском районе Ленинградской области.

В центр за помощью обращаются лица любых вероисповеданий, а также не исповедующие никакую религию. В процессе первичного консультирования происходит ознакомление с основными принципами программы реабилитации и деятельностью Дневного стационара. Однако при нежелании следовать этим принципам человек может отказаться от участия в программе. Тогда, по возможности, мы рекомендуем ему обратиться для решения своей проблемы в светские организации, занимающиеся аналогичной работой. Те, кто согласны на предлагаемые условия, заполняют анкету и подписывают договор. Далее осуществляется прием в группу для начала занятий по программе Дневного стационара.

Нужно отметить, что в процессе мотивационного периода большинство поступивших в программу воспитанников согласны принять мировосприятие, основанное на православной вере, в духовном, эстетическом и литургическом опыте, Единой Соборной и Апостольской Церкви (конфессионально определяемой как Православная).

Программа предусматривает обязательное участие в ней совместно с зависимыми созависимых, т. е. ведется работа с семьей или ближайшим окружением.

Таким образом, одним из важных условий программы является договор, который заключается с родителями воспитанника, в нем имеется пункт об обязательном посещении родственниками всех необходимых занятий, организованных специально для созависимых.

Время пребывания в дневном стационаре составляет до трех месяцев. За этот промежуток времени вступающему в программу реабилитации необходимо принести справки из лечебных учреждений об отсутствии (наличии) у них ВИЧ-инфекции, гепатитов и других инфекционных заболеваний. Наличие перечисленных заболеваний вне обострения не являются противопоказаниями для прохождения курса реабилитации.

Работа организована в трех основных направлениях:

- 1) духовном;
- 2) трудовом;
- 3) психолого-педагогическом.

Духовно-нравственное направление. Духовно-нравственное направление сконцентрировано как раз на воцерковленность, устранение бездуховности и восстановление нравственности.

Данное направление обеспечивают священнослужители через Богослужения, Церковные Таинства (исповедь, причастие и т.д.), катехиза-

цию, ежедневные молебны, духовные беседы, паломнические поездки, повышение культурного и общеобразовательного уровня.

Трудовое направление. Трудотерапия — это элемент привития навыков самообслуживания: сервировка стола при чаепитии, мытье посуды, мелкий ремонт в помещениях, а также трудовые послушания, которые заключаются в уборке территории монастыря и помощи в подсобных строительных работах. Физические нагрузки полезны и сами по себе, и оказывают благотворное влияние на привитие дисциплины и ответственности.

Психолого-педагогическое направление. Психологический компонент осуществляется психологами Отдела. Ими ведется индивидуальная психологическая работа: психологическая беседа, психокоррекционная работа. Групповая работа организуется по типу терапевтического сообщества. Психологи проводят психодиагностическую работу с помощью различных методик, например ММРІ, ИЖС (индекс жизненного стиля), метод определения копинг-стратегий (Лазарус), тест на определение тревожности Спилберга-Ханина и др.

Педагогический компонент формирует доброжелательность, патриотизм, ориентацию на традиционные семейные и культурные ценности.

Врачи инфекционисты и наркологи проводят с реабилитантами просветительские беседы о проблемах, связанных с употреблением табака, алкоголя, наркотиков: об их пагубном воздействии на мозг, организм и социальную жизнь в целом.

Мы проводим активную работу с родителями тех ребят, которые поступили в Дневной стационар (мотивационный этап), находятся на загородной реабилитации или в фазе ресоциализации по завершению программы загородной реабилитации.

Кроме этого, нами ведется работа с родителями, дети которых еще не решили оставить наркотики и не посещают Дневного стационара (мотивационный этап). При позитивном изменении поведения таких родителей немалое количество детей изъявляют желание поступить на реабилитацию.

Семейные психологи, психотерапевты, священники и другие специалисты проводят с родителями не менее десяти занятий в месяц. Они помогают родителям правильно выстроить стратегию поведения в семье, а также помочь разобраться в частных ситуациях.

После прохождения программы дневного стационара предполагается поступление в программу длительной реабилитации в загородных епархиальных реабилитационных центрах.

В рамках данной статьи освещаются результаты исследования на мотивационном этапе (амбулаторном предреабилитационном этапе) социальной реабилитации, продолжительность которого составляет 3 месяца.

Обследованной группой являются родители наркозависимых больных: 53 женщины и 17 мужчин в возрасте от 42 до 64 лет. Таким образом, объем исследуемой группы — 70 человек.

Группа наркозависимых состоит из 70 человек (11 девушек и 59 юношей) в возрасте от 18 до 37 лет, отвечающих диагностическим критериям «Синдрома зависимости» (F1x.2) международной классификации болезней (МКБ-10).

Нами рассматриваются некоторые психологические особенности внутрисемейных отношений, где имеются химически зависимые члены семьи.

Можно полагать, что, с одной стороны, неблагополучие в семье имеет большое значение в формировании аддиктивного поведения человека, а с другой — очевидно, что при наркотизации одного из членов семьи деформируется вся система внутрисемейных взаимоотношений.

Созависимость родственников препятствует выздоровлению наркозависимого, т.е. служит фактором, «подкрепляющим» наркоманию.

Можно выделить следующие стратегии созависимых лиц, способствующие развитию аддиктивного поведения:

— своеобразное чувство не только ответственности, но и вины за то, что у члена семьи развилась наркозависимость (на интуитивном уровне созависимые это понимают, и в какой-то степени они правы);

— чувство чрезмерной лояльности к ребенку наркоману, желание справиться с трудностями его поведения;

— стремление сохранить позитивное впечатление о семье у окружающих;

— стремление предотвратить опасные ситуации (угрозу ухудшения социального положения из-за деструктивного поведения несовершеннолетнего члена семьи);

— желание смягчить агрессию ребенка-наркомана и других значимых лиц — родственников, знакомых;

— избегание помощи извне (психологической, медицинской и другой);

— отсутствие осознания болезни и характера ситуации;

— подсознательное желание быть незаменимым, необходимым для наркозависимого ребенка (это желание может превращаться в желание осуществлять контроль и власть).

Для созависимых семей характерны такие нарушения, как гипопротекция, недостаточность запретов, недостаточность обязанностей — требований к ребенку, недостаточность санкций, применяемых к ребенку. Психологическими причинами нарушений семейного воспитания чаще является воспитательная неуверенность матери, страх утраты ребенка и проекция негативных качеств на него.

В случае недостаточности требований — обязанностей и требований — запретов подросток характеризуется минимальным вовлечением в общие семейные занятия, что проявляется в высказываниях родителей о трудности привлечения ребенка к какому-либо делу по дому. При этом ребенку «все можно». Даже если и существуют какие-либо запреты, ребенок легко их нарушает, зная, что никто с него не спросит. Он не отчитывается перед родителями, которые не хотят или не могут установить какие-либо границы его поведения.

Минимальность санкций свидетельствует о том, что родители предпочитают обходиться либо без наказаний, либо применяют их крайне редко. Они уповают на поощрения, сомневаясь в результативности любых наказаний.

Рядом исследователей показано, что для семей с созависимостью в большей степени характерны следующие особенности: ограниченность женщины рамками семьи, заботами исключительно о семье, стремление утвердить родительский авторитет, раздражительность и подавление активности ребенка.

Также установлено, что излишняя концентрация, как и излишняя эмоциональная дистанция с ребенком, связаны с доминированием матери в семье и неудовлетворенностью женщины ролью хозяйки. Излишняя эмоциональная дистанция также связана с безучастностью мужа, а излишняя концентрация на ребенке — с зависимостью матери и ограниченностью ее интересов рамками семьи.

Исходя из всего изложенного, выделяются следующие черты семей, для которых характерно формирование феномена созависимости.

Первую группу, наиболее многочисленную, составляют семьи:

— с нарушением воспитания по типу гиперпротекции и недостаточности запретов;

— с характеристиками отношения матери к семейной роли как зависимому состоянию, доминирования матери, неудовлетворенности ролью хозяйки дома, самопожертвования в роли матери;

— с особенностями контакта и эмоциональной дистанции между матерью и подростком, для которых характерно подавление внесемейных влияний, активности ребенка, что свидетельствует об излишней концентрации матери на его проблемах. Подросток в такой семье находится в центре внимания, семья стремится к максимальному удовлетворению его потребностей.

Вторую группу составляют семьи со следующими особенностями:

— с нарушениями воспитания по типу гипопротекции, с недостаточным удовлетворением потребностей ребенка и действием таких психологических причин, как неразвитость родительских чувств, проекция нежелательных качеств на ребенка;

— с особенностями контакта и эмоциональной дистанции между матерью и подростком как уклонение от контакта с ребенком.

В данных семьях взаимоотношения строятся либо по типу гипопротекция, либо по типу эмоционального отвержения. В первом случае ребенок предоставлен самому себе, родители не интересуются им и не контролируют его. В основе второго типа лежит осознаваемое, а чаще неосознаваемое отождествление ребенка с какими-либо отрицательными моментами в жизни родителей. Ребенок ощущает себя помехой в жизни родителей, устанавливающих большую дистанцию в отношениях с ним.

Отмечается нарушение эмоционального контакта между матерями и детьми, что в последующем определяет формирование эффекта созависимости.

Нарушенные, дисгармоничные внутрисемейные отношения являются одной из базовых причин становления аддиктивного поведения у детей. Эти отношения могут значительно деформироваться в связи с наркотизацией ребенка.

Динамика созависимого состояния в семье наркотизирующегося ребенка

Первые пробы наркотиков и становление зависимости от них кардинальным образом меняют направленность профилактической работы с родителями и семьей в целом, потому что они никогда не остаются только проблемой ребенка, а всегда затрагивают всю семью.

Особенности созависимости в современном обществе в значительной степени обусловлены и тем, что более 80% отцов наркозависимых подростков страдают алкоголизмом, поэтому нормальные отношения в таких семьях, являются скорее исключением, чем правилом.

Таким образом, семья с проблемами зависимости и созависимости требует дифференцированного психопрофилактического и антинаркотического подхода.

В проводимом исследовании на первом этапе проведения исследования родителям была предложена методика «Шкала семейных отношений» (R.Н. Moos).

На втором этапе оценивалась успешность реабилитации наркозависимых по следующим критериям

1. Субъективная оценка готовности наркозависимого к последующему этапу реабилитации посредством беседы.
2. Установка на трудотерапию, т. е. желание заниматься трудовой деятельностью и активное участие в групповых занятиях.
3. Экспертная оценка готовности наркозависимого к последующему этапу реабилитации.

4. Время пребывания в дневном стационаре. Показателем успешности является переход на последующий этап реабилитации не более чем через 3 месяца пребывания в дневном стационаре.

5. Отсутствие употребления любых психоактивных веществ во время пребывания в дневном стационаре.

Было выявлено 36 наркозависимых, чьи показатели свидетельствуют об успешной реабилитации и 34 наркозависимых, чьи показатели свидетельствуют о неуспешной реабилитации.

На следующем этапе было проведено сравнительное исследование показателей шкал методики ШСО «Шкала семейных отношений» в двух группах родителей, а также проведен корреляционный анализ обозначенных показателей.

Методический инструментарий был представлен методикой «Шкала семейных отношений» (ШСО), которая предназначена для оценки социального климата в семьях всех типов. Данная методика адаптирована С.Ю. Куприяновым (1985). В ее основе лежит оригинальная методика Family Environment Scale (FES), предложенная R.H. Moos (1974).

По результатам обработки данных методики «Шкала семейных отношений R.H. Moos» (табл. 1, рис. 1) можно диагностировать следующее.

1. В группе родителей, чьи наркозависимые дети успешно прошли первый этап реабилитации, выявлен достоверно более высокий показатель ориентации на достижения в отличие от группы 2 ($M_1 = 6.06$, $M_2 = 4,2$, $U = 54,5$, $p < 0.01$). Данный параметр характеризуется стремлением к достижению цели, которое является на данный момент для семьи важным. Отсюда можно предположить, что ориентация на достижения как семейная ценность может способствовать тому, что наркозависимый больной, выросший в такой семье, с большей вероятностью успешно пройдет реабилитацию.

2. Было обнаружено, что в группе родителей, чьи наркозависимые дети неуспешно прошли первый этап реабилитации, выявлен достоверно более высокий показатель конфликтности в семье в отличие от группы 1 ($M_1 = 3.64$, $M_2 = 5.81$, $U = 46$, $p < 0.006$). Можно предположить, что в таких семьях родители склонны к открытому проявлению агрессии, не сдерживают и не контролируют отрицательные эмоции. Такие способы поведения в семье не формируют волевые навыки у ребенка. Неумение контролировать импульсивные действия по отношению к семье, возможно, являются фактором, предрасполагающим к формированию аддиктивного поведения и в дальнейшем мешающим успешно реабилитироваться.

3. В группе родителей, чьи наркозависимые дети неуспешно прошли первый этап реабилитации, выявлен достоверно более высокий показатель морально-нравственного положения (по методики Шкала семейных отношений, предложенная Р.Н. Моос) в семье в отличие от группы 1 ($M_1 = 4.75$, $M_2 = 6.71$, $U = 46$, $p < 0.01$). Такой неожиданный факт можно интерпретировать следующим образом. Родители наркозависимого больного, который недостаточно успешно прошел первый этап реабилитации, оценивают свою семью как уважающую этические и нравственные ценности. Другими словами, такие родители полагают, что в их семье достаточный уровень морально-нравственного развития, несмотря на высокий показатель конфликтности в семье и наличие наркозависимого ребенка. На наш взгляд, такая оценка является неадекватной — родители не склонны обращать внимание на существующие проблемы в семье, и отклоняющееся поведение ребенка не рассматривается как аморальное. Родители наркозависимых больных, успешно прошедших первый этап реабилитации, более реально оценивают морально-нравственный уровень семьи, что, возможно, способствует преодолению аддиктивного поведения.

Таблица 1
Сравнение показателей шкал методики «Шкала семейных отношений Р.Н. Моос» в двух группах

Показатели (п/ж)	Стандартное отклонение Группы 1 (N = 16)	Стандартное отклонение Группы 2 (N = 14)	Значение U Манна-Уитни	Уровень значимости
Сплоченность (С)	6,31	6,78	89	0,32
Экспрессивность (Э)	6,18	6,57	98	0,55
Конфликтность (К-Т)	3,64	5,81	47	0,06
Независимость (Н)	5,31	5,42	109,5	0,91
Ориентация на достижения (ОД)	6,06	4,28	54,5	0,15
Интеллектуально-культурная ориентация (ИКО)	4,25	4,28	108,5	0,88
Морально-нравственный аспект (МНА)	4,75	6,714	56	0,18
Организация (О)	6,25	5,92	101,5	0,65
Контроль (К)	4,43	4,14	102,1	0,68
Ориентация на активный отдых(ОАО)	4,46	4,85	94,5	0,46

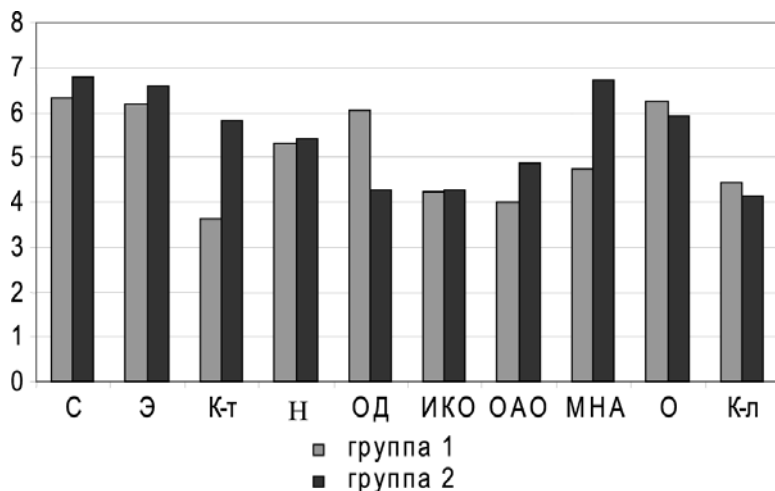


Рис. 1. Сравнение показателей шкал методики «Шкала семейных отношений Р.Н. Моос» в двух группах

По данным корреляционного анализа, выявлена отрицательная взаимосвязь между конфликтностью в семье и успешной реабилитацией ($r = 0,522$, $p < 0.01$). Другими словами, чем выше успешность реабилитации, тем ниже конфликтность в семье. Успешная реабилитация положительно коррелирует с такой семейной особенностью, как стремление к независимости ($r = 0,464$, $p < 0.01$). Данная шкала отражает степень, в которой члены семьи поощряются к самоутверждению, независимости, самостоятельности в обдумывании проблем и принятии решений. Поддержание независимости может быть связано с доверием, которое родители оказывают своим детям. Серьезным препятствием в процессе реабилитации может являться то, что родители зачастую осуществляют гиперконтроль над детьми, так как не могут поверить в возможность их личностного роста и самостоятельного избавления от зависимости. Выраженность такой семейной ценности, как «стремление к независимости» свидетельствует о наличии доверия, которое оказывают родители детям, что, вероятно, способствует успешной реабилитации (рис. 2).

Таким образом, можно констатировать, что успешность в прохождении реабилитации связана с такой особенностью семейных отношений как поддержание самостоятельности, независимости. Данная характеристика относится к такому разделу методики как «показатели личностного роста», т.е. при выраженности данного качества в семье можно

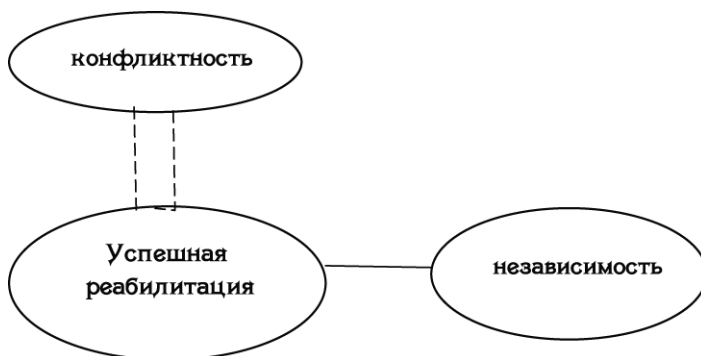


Рис. 2. Взаимосвязь конфликтности и независимости с успешной реабилитацией

предполагать наличие установки на саморазвитие, что, естественным образом, способствует более успешной реабилитации.

Выводы

В данной работе было рассмотрено предположение о том, что родительское отношение к семье может обуславливать успешность прохождения реабилитации их наркозависимым ребенком. Данная гипотеза была подтверждена в ходе эмпирического исследования.

Цели и задачи настоящей работы были достигнуты. Было выявлено, что низкий уровень конфликтности в семье, ориентация на достижения, а также адекватное представление о морально-нравственном развитии семьи (по оценкам родителей) могут способствовать успешному прохождению реабилитации наркозависимым.

Обнаружена положительная взаимосвязь успешности прохождения реабилитации с такой особенностью семейных установок, как независимость. Чем больше в семье поощряется самостоятельность в принятии решений, тем выше вероятность успешной реабилитации.

Полученные данные могут быть использованы в лекционных курсах по подготовке психологов, социальных работников, психиатров и психотерапевтов, педагогов, а также в практической деятельности психологов, психотерапевтов медицинских, образовательных и социальных учреждений.

ЛИТЕРАТУРА

Аносова Ю.В. Психологические особенности лиц молодого возраста с опиатной и табачной зависимостью: автореф. дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Санкт-Петербургская гос. мед. акад. им. И. И. Мечникова. СПб., 2006. 156 с.

- Бельков С.Н.* Духовно-ориентированная психотерапия патологических зависимостей // Наркология, 2009. № 11. С. 86—92.
- Бельков С.Н., Вишнев В.Н.* Наркозависимость и опыт исцеления. СПб: Издательская группа «Питер-Медиа», 2011. 96 с.
- Березин С.В., Лисецкий К.С., Назаров Е.А.* Психология наркотической зависимости и созависимости: монография. М.: МПА, 2001. 191 с.
- Берсенева Т.А.* Духовно-нравственные основания традиционного уклада жизни как социально-педагогическая проблема: автореф. дисс. докт. пед. наук. Курск, 2008. 48 с.
- Иванов А.А., Неверова Г.Ю., Рыбалко М.И.* Опыт применения семейной психотерапии у больных алкоголизмом и опийной наркоманией в условиях дневного стационара ГУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» // Материалы межрегиональной научно-практической конференции. Психическое здоровье населения Сибири: клиничко-динамические и превентивные аспекты (Барнаул, 25—26 мая 2006 г.) / Под ред. В.Я. Семке. Барнаул; Томск: Изд-во Алт. Ун-та, 2006. С. 232—237.
- Ильин Е.П.* Мотивация и мотивы. СПб: «Питер», ил., 2002. 512 с. (Серия «Мастера психологии»).
- Копанева Л.И.* Организация профилактической антинаркотической работы с семьей. М.: Министерство образования Российской Федерации; Управление социально-педагогической поддержки и реабилитации детей, 2003. 110 с.
- Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В.* Психосоциальная аддиктология. Новосибирск: Изд-во «Олдсиб», 2001. 251 с.
- Карвасарский Б.Д.* Психотерапевтическая энциклопедия, СПб.: «Питер Ком», 1998. 752с.
- Рогов Е.И.* Настольная книга практического психолога: учеб. пособие: в 2 кн. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999.
- Шанарь В.В.* Практическая психология. Психодиагностика отношений между родителями и детьми. Ростов н/Д.: Феникс, 2006. 432 с.

PARENTAL ATTITUDES TOWARD FAMILY'S INFLUENCE ON SUCCESS OF DRUG ADDICT'S REHABILITATION

S.N. BELKOV

Narkotizatsiya the population has powerful negative impact on all spheres of activity of society. The problem of drug addiction should be considered not only in a physiology context, but also in a context of the personality resorting to drugs in a concrete social situation. The actual direction in this context is studying of the factors influencing success of rehabilitation of narcodependent behavior. It is known that the great value in formation of addiktivny behavior is played by family relationship. Low level of a conflictness in a family, orientation to achievements, and

also adequate idea of moral development of a family (by estimates of parents) can promote successful passing of rehabilitation by the narcocodependent.

Keywords: drug addiction, rehabilitation, the parental relations, conflictness in a family, independence, independence.

- Anosova Yu.V.* Psikhologicheskie osobennosti lits molodogo vozrasta s opiatnoj i tabachnoj zavisimost'yu: avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk: 19.00.04 / Sankt-Peterburgskaya gos. med. akad. im. I. I. Mechnikova. SPb., 2006. 156 c.
- Bel'kov S.N.* Dukhovno-orientirovannaya psikhoterapiya patologicheskikh zavisimostej // *Narkologiya*, 2009. № 11. S. 86—92.
- Bel'kov S.N., Vishnev V.N.* Narkozavisimost' i opyt istseleniya. SPb: Izdatel'skaya gruppa "Piter-Media", 2011. 96 s.
- Berezin S.V., Lisetskij K.S., Nazarov E.A.* Psikhologiya narkoticheskoy zavisimosti i sozavisimosti: monografiya. M.: MPA, 2001. 191 c.
- Berseneva T.A.* Dukhovno-nravstvennye osnovaniya traditsionnogo uklada zhizni kak sotsial'no-pedagogicheskaya problema: avtoref. dis. dokt. ped. nauk. Kursk, 2008. 48 c.
- Ivanov A.A., Neverova G.Yu., Rybalko M.I.* Opyt primeneniya semejnoy psikhoterapii u bol'nykh alkogolizmom i opijnoj narkomanii v usloviyakh dnevnogo stacionara GUZ "Altajskij kraevoj narkologicheskij dispanser" // *Materialy mezhregional'noj nauchno-prakticheskoy konferentsii. Psikhicheskoe zdorov'e naseleniya Sibiri: kliniko-dinamicheskie i preventivnye aspekty* (Barnaul, 25—26 maya 2006 g.) / Pod red. V. Ya. Semke. Barnaul; Tomsk: Izd-vo Alt. Un-ta, 2006. S. 232—237.
- Il'in E.P.* Motivatsiya i motivy. SPb: "Piter", il., 2002. 512 s. (Seriya "Mastera psikhologii").
- Kopaneva L.I.* Organizatsiya profilakticheskoy antinarkoticheskoy raboty s sem'ej. M.: Ministerstvo obrazovaniya Rossijskoj Federatsii; Upravlenie sotsial'no-pedagogicheskoy podderzhki i reabilitatsii detej, 2003. 110 s.
- Korolenko Ts.P., Dmitrieva N.V.* Psikhosotsial'naya addiktologiya. Novosibirsk: Izd-vo "Oldsib", 2001. 251 c.
- Karvasarskij B.D.* Psikhoterapevticheskaya ehntsiklopediya, SPb.: "Piter Kom", 1998. 752 s.
- Rogov E.I.* Nastol'naya kniga prakticheskogo psikhologa: ucheb. posobie: v 2 kn. 2-e izd., pererab. i dop. M.: Gumanit. izd. tsentr VLADOS, 1999.
- Shapar' V.V.* Prakticheskaya psikhologiya. Psikhodiagnostika otnoshenij mezhdru roditel'yami i det'mi. Rostov n/D.: Feniks, 2006. 432 c.

ПСИХОТЕХНИЧЕСКАЯ СИСТЕМА КЛИЕНТОЦЕНТРИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

В.В. КОЛПАЧНИКОВ

На основе введенного определения понятия «психотехническая система» рассмотрена и проанализирована клиентоцентрированная психотерапия (Client-Centered Therapy-ССТ). Описаны личные особенности специалиста, практикующего ССТ, цели, концептуальная система и система практики ССТ, система взаимодействия между клиентом и психотерапевтом. Проведенный анализ показывает, что психотехнический взгляд полезен для понимания процесса и результатов ССТ и потенциально может быть использован для анализа любого психотерапевтического и образовательного подхода.

Ключевые слова: психотехнический подход, психотехническая система и ее элементы, клиентоцентрированная психотерапия, человеко-центрированный подход (Person-Centered Approach-РСА), конгруэнтность, эмпатия, безусловное позитивное принятие/уважение, Личность Контакта, единство клиента и консультанта, специфические особенности клиентоцентрированной психотерапии.

В психологической науке и практике по-прежнему остается *проблемой* понимание психологических механизмов психологической практики в целом и клиентоцентрированной психотерапии, в частности.

Нередко то, что происходит в клиентоцентрированной психотерапии, выглядит как некоторое «чудо», «волшебство»: в присутствии внешне малоактивного специалиста клиент «начинает» конструктивно переживать и осмысливать свою жизненную ситуацию и находит ответы на мучающие его вопросы и проблемы. «Масла» в этот огонь непонимания психологических механизмов происходящего в клиентоцентрированной психотерапии подливают слова, произнесенные самим основателем ССТ — Карлом Роджерсом: «Я ничего не делаю. Все делает сам клиент. Я — лишь создаю условия» [см., например: Rogers, 1980-а].

Цель данной статьи — выразить наше видение того, что происходит в клиентоцентрированной психотерапии. Забегая вперед заметим: этот ответ состоит в утверждении, что в ситуации клиентоцентрированной психотерапии усилиями клиента и специалиста создается психотехни-

ческая система клиентоцентрированной психотерапии, в рамках которой и происходят изменения личности и психики всех вовлеченных участников, но клиента — прежде всего. Создается особое — со своими уникальными характеристиками — психологическое знаково-символическое и действенное единство клиента и психотерапевта, благодаря которому потенциально становятся возможными изменения личности и психики всех вовлеченных участников, создаются условия для осмысления клиентом своего жизненного опыта и принятия наилучших для себя решений в своей жизненной ситуации. Мы проанализируем это особое единство клиента и психотерапевта в ССТ с позиций психотехнического подхода, развиваемого в отечественной психологии.

Специалисты, развивающие психотехнический подход сегодня [Пузырей, 1986, 2005; Василюк, 1992, 2005, 2007 и др.], понимают его как общепсихологическую методологию, предметом которой является не «психика», но «работа с психикой»¹. Истоки психотехнического подхода справедливо видятся в культурно-исторической психологии Л.С. Выготского (1982—1984)², в которой развитие и функционирование человеческой сознательной психики понимается как процесс активного интер- и интраиндивидуального применения культурных знаково-символических средств — психологических орудий организации человеческой жизни. Л.С. Выготский, а за ним А.А. Пузырей (1986) вводят понятие «психотехнической машины», понимая его как культурную знаково-символическую и практическую систему развития и изменения сознания человека [Выготский, 1982—84].

Психотехнический подход можно рассматривать как практическое использование закономерностей развития и функционирования человеческого сознания в образовательной, консультативной и иной практической работе. В наших работах [Колпачников, 2000, 2004, 2007] развивается представление о психологической практике как «психотехнической системе»³, которое ассимилирует представления культурно-исторической психологии о социальной ситуации развития человека и о знаково-символических системах как основе развития высших психических функций и средстве регуляции деятельности человека. С нашей точки зрения, любая зарекомендовавшая себя система психологичес-

¹ Василюк Ф.Е. От психологической практики к психотехнической теории // Московский психотерапевтический журнал. №1. 1992. С. 15—32.

² Справедливости ради надо упомянуть имена Г. Мюнстерберга (1921), С.Г. Геллерштейна (1926) и И.Н. Шпильрейна (1930, 1931), как основоположников психотехнического подхода.

³ Вводимое нами представление близко, но не совпадает с пониманием психотехнической системы Ф.Е. Василюком (1992).

кой практики может рассматриваться как психотехническая система, которая учитывает психологические процессы клиента, встраивается в них и способствует их изменению, перестройке в процессе активного совместного взаимодействия клиента и специалиста-психолога.

Можно выделить следующие элементы любой психотехнической системы [Колпачников, 2004, 2007].

1. Система ценностей и целей (они могут декларироваться явно или оставаться неявными, но всегда присутствуют).

2. Согласованная система знаний и представлений как определенное мировоззрение: о человеке, его развитии и жизни, человеческих отношениях, трудностях развития и путях их преодоления и т.д.

3. Согласованная система практики, основывающаяся на системе ценностей, целей и знаний и подкрепляющая ее.

4. Люди (специалисты-психологи, практики, инструкторы), для которых данный конкретный подход является не просто технической системой знаний и умений, но способом и путем их бытия в мире.

5. Организованная интенсивная и достаточно продолжительная по времени система взаимодействия клиентов и специалистов-психологов. В процессе продолжающегося интенсивного взаимодействия психолог вдохновляет, организует, инструктирует, поддерживает, контролирует и корректирует активность клиента в соответствии с концептуальной основой данной психотехнической системы. В результате этого взаимодействия система знаний и практики данного подхода в значительной/полной мере усваивается и принимается обучающимися как система мировоззрения и бытия в мире.

Рассмотрим клиентоцентрированную психотерапию Карла Роджерса — один из ведущих подходов в современной практике психологической помощи — как психотехническую систему.

Начнем описание *психотехнической системы клиентоцентрированной психотерапии* с характеристики *личности специалиста*, привносящего, создающего соответствующую ситуацию изменений в клиентоцентрированной психотерапии. По этому поводу есть много противоречивых точек зрения. Одна из них заключается в том, что специалист должен профессионально владеть базовыми условиями клиентоцентрированной психотерапии — эмпатией, конгруэнтностью и безусловным позитивным уважением/принятием клиента. Этого достаточно для «свершения» успешного терапевтического процесса. В своем крайнем выражении эта позиция доходит до того, что специалист как профессионал сознательно использует эти «умения» в терапевтическом кабинете, а за пределами его может быть каким угодно человеком (личностью). С другой стороны, Карл Роджерс [Rogers, 1980-6] и многие его ученики

и последователи писали и утверждали, что человекоцентрированный подход — это «путь бытия», когда подход становится жизненной философией и основой действий, переживаний, выборов и поступков в повседневной жизни человека, а не просто инструментальным набором профессиональных умений.

Несмотря на все многообразие уникальных индивидуальных мировоззрений и образов жизни людей, долго и успешно практикующих ССТ, опыт общения и взаимодействия с ними позволяет выделить некоторые общие личностные характеристики, свойственные им. Так, на уровне убеждений характерной чертой этих людей является глубокая позитивная вера в конструктивную природу человека, его способность конструктивно жить и развиваться, преодолевать возникающие трудности и двигаться вперед. Им присуща убежденность, что лучший ответ на вопросы человека — у него самого. Представляется также, что для таких специалистов осознанным личностным выбором, личностной ценностью является стремление содействовать людям в их желании конструктивно жить и развиваться. Для них характерен экзистенциальный образ жизни, основывающийся на внимании, осознании его и принятии за него ответственность. Они глубоко чувствуют и ценят открытое, истинное общение и взаимодействие с другими людьми. В своей жизни они в большей или меньшей степени приближены к идеалу полного функционирования [Роджерс, 1994].

Эти свойства и ценности определяют действия и поступки таких людей в их повседневной жизни, а не только в терапевтическом кабинете. Глубокая убежденность и приверженность описанным принципам и ценностям **явно и неявно выражена** в целостном качестве присутствия специалиста в терапевтическом контакте. И поэтому такой специалист становится «убедительным» для клиента, оказывая своим присутствием воздействие на самочувствие, размышления, действия и поступки клиента. Многие клиенты и участники групп Карла Роджерса отмечали, что само его присутствие производило удивительный благотворный и конструктивный эффект. Это очень важный аспект всей ситуации клиентоцентрированного консультирования и психотерапии.

Система ценностей и целей ССТ. Целями клиентоцентрированной психотерапии, как отмечают сами представители этого подхода [Rogers, 1959, Роджерс, 1994] и другие исследователи психотерапии (см., напр., [Corey, 1990]) являются:

⁴ С нашей точки зрения [Колпачников, 2012] можно говорить о человекоцентрированном подходе как о культурном движении, развивающем и трансформирующем свои ценности, принципы и образ жизни не только в рамках профессионального сеттинга, но и влияющем на целостную культуру человечества.

1. содействие нахождению самим клиентом решения актуальной трудности/проблемы;
2. личностный рост — полноценное функционирование и самоактуализация — человека в жизни.

Если первая цель является характерной для всех направлений психотерапии, то вторая является специфичной для рассматриваемого нами подхода. Действительно, несмотря на то, что любая психотерапия — в отличие от психологического консультирования — претендует на глубокое воздействие и перестройку личности клиента, большинство психотерапевтических подходов нацелены на облегчение и преодоление страдания или психопатологии клиента. В отличие от них клиентоцентрированная психотерапия стремится не только к «возвращению» здоровья клиенту, но мотивируется стремлением содействовать действительно полноценному функционированию и развитию человека, а не просто преодолением его психопатологии. Это соответствует *ценностям* клиентоцентрированной психотерапии и человекоцентрированного подхода в целом — признание и уважение суверенности личности человека, его свободы и ответственности; содействие развитию его задатков и способностей; убежденность в наличии у человека стремления к полноценному функционированию — актуализации и самоактуализации, а также внешних ресурсов для наилучшего совладания с трудностями и проблемами.

Согласованная система знаний и представлений ССЕ как определенное мировоззрение. В ССТ/РСА разработаны система знаний и представлений о человеке, его природе и развитии, об условиях и результатах конструктивного развития и полного функционирования человека, о причинах и результатах искаженного развития человека; теория межличностных отношений и теория психотерапии и др. Схематически эта система представлена на рис. 1, взятом из статьи К. Роджерса [Rogers, 1959]. Эти представления постоянно дополняются наблюдениями и исследованиями в рамках ССТ. Каждый клиентоцентрированный психотерапевт в той или иной степени усвоил и принял эту систему представлений, видит реальность — свою и клиента — сквозь призму этих представлений, привносит ее в собственную практику взаимодействия с клиентами.

Согласованная система практики, основывающаяся на системе ценностей, целей и знаний и подкрепляющая ее. Клиент осмысливает свой жизненный опыт в то время как терапевт полностью со-присутствует в эмпатической, конгруэнтной и безусловно позитивно принимающей позиции. Более подробно «действие» этой системы практики мы опишем чуть ниже, обсуждая процесс взаимодействия консультанта и клиента.

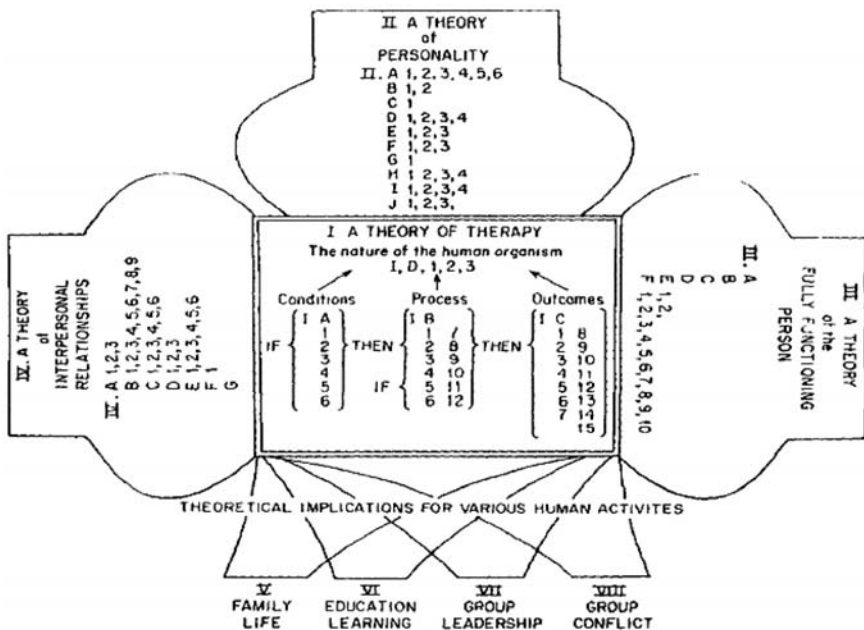


Рис. 1. Концептуальная система CCT/PCA

Организованная система взаимодействия психолога с клиентом в рамках CCT. Процесс клиентоцентрированной психотерапии, в рамках которого происходит взаимодействие клиента и консультанта, обычно достаточно длителен. Рассмотрим в этом длительном взаимодействии «работу» базовых личностных установок консультанта — конгруэнтности, эмпатии и безусловного позитивного уважения к клиенту.

Терапевт *конгруэнтен*. Конгруэнтность и полное присутствие консультанта — как открытость опыту (внутреннему и внешнему), погруженность в ситуацию здесь и теперь [Bugental, 1987], при эмпатическом сосредоточении на переживаниях клиента — позволяют ему почувствовать и понять нюансы опыта клиента, которые последний, подчас, недоосознает. Конгруэнтное выражение консультантом осознанного опыта здесь-и-теперь позволяет клиенту обратить внимание на аспекты своей жизненной ситуации, которые до этого не виделись или не осознавались, более полно осознать свои переживания, опыт и жизненную ситуацию. Это является условием принятия наилучших решений и выборов. Кроме того, консультант остается в позиции аутентичности и преданности самому себе. Этот пример аутентичности, верности себе,

своим убеждениям и принципам может оказаться для клиента важным развивающим фактором, побуждающим к конгруэнтности, аутентичности и «мужеству быть» самим собой [Tillich, 1952]. В конгруэнтности консультанта заложен большой потенциал влияния на клиента. При всей эмпатичности и безусловном позитивном уважении к клиенту, его индивидуальности и уникальности, консультант остается преданным самому себе, — и выражает себя для клиента⁵. Конечно, за клиентом остается выбор относительно принятия или непринятия выражаемых консультантом представлений, убеждений, принципов. Но, учитывая авторитетную позицию психолога, это влияние потенциально всегда очень сильное, что налагает определенные требования к его личности и психологическому здоровью. Хочется верить, что полноценное функционирование — во всех его характеристиках — безусловно присуще клиентоцентрированному консультанту, поскольку является условием позитивного влияния психолога на клиента⁶.

Безусловное уважение к опыту клиента и безоценочность создают ту атмосферу безопасности, которая так важна для принятия и исследования клиентом собственного опыта. Действительно, К. Роджерс [Роджерс 1994; Rogers, 1959] не раз указывал, что атмосфера оценочности и осуждения, характерная для современной жизни и воспитания, ведет к тому, что все люди — в большей или меньшей степени — начинают отрицать и искажать собственный опыт, следуя внешним ожиданиям, оценкам и требованиям. В результате человек все дальше «уходит» от самого себя, превращается в «зеркальное отражение» внешних социальных нормативов и предписаний. В результате тенденция к актуализации в наличных условиях все более и более искажается следованием этим внешним нормативам с закономерно нарастающими неудовлетворенностью, разочарованием и напряжением.

Потерянность и неопределенность клиента «встречается» с определенностью и безусловным положительным уважением к нему терапевта и его искренним доверием к возможностям клиента решить свои проблемы. Эта вера в клиента, в его способности и возможности решить свои проблемы и функционировать полно — конгруэнтно выражается консультантом, как невербально, так и вербально. И в продолжающемся диалогическом контакте, помноженном на реальное осознание и понимание, клиент проникается этой верой в себя, начинает слушать себя, искать решение своих проблем, совершая наилучшие выборы и беря ответственность за их воплощение в собственной жизни.

⁵ Экспрессивность является вторым измерением присутствия по Дж. Бьюдженталю [Bugental, 1990].

⁶ См. выше о личности специалиста, практикующего ССТ.

В продолжающемся диалогическом контакте эмпатия психотерапевта направлена на то, чтобы испытать и разделить опыт клиента в деталях. Полная погруженность в переживания и опыт клиента (без потери самого себя!) позволяет психологу понять и прочувствовать самые тонкие нюансы опыта клиента, подчас пока не доступные последнему. Возвращение этого осознания клиенту в атмосфере безусловного уважения и искренности приводит, с большой вероятностью, к принятию этого опыта самим клиентом. Это ведет к пониманию клиентом своего собственного опыта со всей глубиной и тонкостью.

Карл Роджерс [Роджерс 1994, Rogers, 1959] отмечал в качестве первого условия конструктивного изменения клиента в ССТ наличие психологического контакта между клиентом и консультантом. Важным условием такого контакта являются достаточная мотивированность клиента решить свои проблемы, изменить свою жизнь, а также гуманная мотивация и компетентность специалиста в базовых характеристиках⁷ ССТ. 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 [Роджерс, 1980-а]. Это «надиндивидуальное 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 связи с этим интересно упомянуть о разработке конструкта «Личность Контакта» Олегом Шведовским [Шведовский, 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 его 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», сформулирован Л.С. Выготским [Выготский, 1982—1984]: феноменологически клиент и клиентоцентрированный специалист вместе двигаются в сложном, запутанном, искаженном поле опыта клиента. Они совместно эм-

⁷ Безусловное позитивное уважение/принятие, эмпатия и конгруэнтность.

патически слушают, осмыслиют, 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 субличность⁸.

В подавляющем большинстве психотерапевтических подходов субличность консультанта в Личности Контакта занимает намного более активную позицию, делая интерпретации, инструктируя и принимая решения. В этой ситуации появляется реальная опасность того, что консультант навязет клиенту свои собственные видения и решения. Клиентоцентрированная психотерапия отличается удивительной бережностью к опыту клиента, заинтересованностью в нахождении клиентом своих собственных, аутентичных решений, в наилучшей — для самого клиента — символизации и сигнификации собственного опыта, наиболее точно соответствующих этому опыту. В этой бережности — одна из отличительных особенностей ССТ по сравнению с подавляющим большинством других видов психотерапии, где опыт клиента в значительной степени оформляется в соответствии с теоретическими конструктами и понятиями той теории, на которой базируется та или иная психотерапия. Так, классический психоанализ рано или поздно приводит клиента к осмыслению своего опыта в терминах бессознательных влечений, защит и сопротивлений, транзактный анализ — в терминах жизненных сценариев, игр, эго-состояний и транзакций и т.п.

Иначе говоря, большинство существующих психотерапий подходят к человеку с некоторой изначальной «теоретической моделью» этого конкретного человека, под которую рано или поздно этот конкретный человек и его опыт «подгоняются». Такой предрешенный взгляд на человека, конечно, обоснованный и многократно проверенный адептами того или иного подхода, делает более экономной работу психотерапевта, который изначально знает «что» искать и делать с каждым конкретным клиентом. Но в этом случае опасность стереотипного, шаблонного подхода к конкретному человеку и его уникальной жизненной ситуации, увы, очень велика. Клиентоцентрированная психотерапия в этом

⁸ Описанный процесс согласуется с теорией инобытия в Другом личности человека В.А. Петровского [Петровский, 1996]. Существовая в Другом, личность человека оказывает свое действительное влияние на переживания и поступки человека.

плане уважительнее к уникальности и свободе человека и гибче в осмыслении его опыта она, содействует человеку в наиболее подходящей для него символизации и сигнификации собственного опыта.

Чудо индивидуального осмысления собственного опыта происходит в живом поле психологического контакта с терапевтом, катализирующим и фасилитирующим работу по осмыслению опыта самим клиентом. В напряженном межличностном контакте клиент сам конструирует смыслы своей жизненной ситуации и себя самого, учитывая все только ему доступные нюансы и обстоятельства — без искажений и отрицаний. Эта индивидуальная конструкция личностного смысла жизненной ситуации всегда индивидуальна и уникальна она, отвечает уникальным характеристикам индивидуального жизненного мира и личности клиента. Но будучи выстроенной, эта конструкция личностного смысла наиболее эффективно направляет активность клиента, максимально отвечая его жизненным устремлениям, ресурсам и возможностям, обстоятельствам индивидуальной жизненной ситуации. Как писал К. Роджерс [Роджерс, 1994, Rogers, 1959], если опыт осознан наиболее полно и сигнифицирован наиболее точно, то это приводит человека к определенности и убежденности относительно наилучшего для него пути действий в данной ситуации. И это решение с энергией и всей силой самоактуализации воплощается человеком в жизнь с принятием на себя ответственности за свои решения и действия. Такой результат, стоит тех усилий и времени, которые подчас тратятся для нахождения этих наилучших решений клиентом!

Результаты работы психотехнической системы клиентоцентрированной психотерапии. Все описанное выше облегчает, «фасилитирует» продвижение клиента к осознанию и пониманию источников его проблем и к принятию решения о том, как обращаться с ними, что и как делать, чтобы улучшить свою жизненную ситуацию. Открытость опыту дает человеку возможность найти лучшее решение своей проблемы, решение, согласующееся с тенденцией к актуализации. Клиент все более осознает и понимает, что происходит в его жизни, берет на себя ответственность за необходимые решения и действия, что ведет к сознательной самоактуализации в ситуации — организации, регуляции и контролю собственных действий. Это происходит в соответствии с идеями Л.С. Выготского [Выготский, 1982—1984] о знаково-символической регуляции высших психологических функций. Идеи о формировании в этом процессе личностного знания [Polanyi, 1958] также представляются релевантными. Вся жизнь клиента приближается к полноценному функционированию.

Выводы. Мы описали и проанализировали клиентоцентрированную психотерапию как психотехническую систему — в соответствии с вве-

денным определением психотехнических систем. Такой взгляд позволяет лучше понять процесс, психологические механизмы и результаты ССТ как особенного психотерапевтического подхода.

ЛИТЕРАТУРА

- Василюк Ф.Е.* От психологической практики к психотехнической теории // Московский психотерапевтический журнал, 1992 № 1. С. 15—32.
- Василюк Ф.Е.* Методологический анализ в психологии. М.: Смысл, 2005. 240 с.
- Василюк Ф.Е.* Понимающая психотерапия как психотехническая система. Дисс. ... докт. психол. наук. М., 2007. 430 с.
- Выготский Л.С.* Собрание сочинений. М.: Педагогика: в 6 т., 1982—1984.
- Геллерштейн С.Г.* Психотехника. М.: Новая Москва, 1926. 121 с.
- Колпачников В.В.* Овладение человеко-центрированными умениями и развитие личности человека // Перекресток культур: Междисциплинарные исследования в области гуманитарных наук. М.: Логос, 2004. 420 с.
- Колпачников В.В.* Культурно-историческая психология и практика психологической помощи // Материалы международной конференции «Культурно-историческая психология: современное состояние и перспективы развития». М., МГППУ, 2007. С. 73—75.
- Колпачников В.В.* Человекоцентрированный подход в практике психологического консультирования персонала организаций // Вопросы психологии, 2000. № 3. С. 49—56.
- Колпачников В.В.* Человекоцентрированный подход как культурное движение // Материалы международной конференции (4—6 декабря 2012 г.). Киев, 2012. С. 18—21.
- Мюнстерберг Г.* Основы психотехники. М., 1921. 147 с.
- Петровский В.А.* Личность в психологии: парадигма субъектности. — Ростов н/Д.: Феникс, 1996. 512 с.?
- Пузырей А.А.* Культурно-историческая психология Л.С. Выготского и современная психология. М.: Изд-во Моск. н-та, 1986. 112 с.
- Пузырей А.А.* Психология. Психотехника. Психагогика. М.: Смысл, 2005. 488 с.
- Роджерс К.Р.* Становление человека. Взгляд на психотерапию. — М.: Прогресс, 1994. 480 с.
- Шведовский О.В.* Микродинамика личностных изменений в процессе понимающей психотерапии. Автореферат дисс...канд. психол.наук. М., 2007. 20 с.
- Шпильрейн И.Н.* Прикладная психология. Психология труда и психотехника. М.: Новая Москва, 1930. 119 с.
- Шпильрейн И.Н.* К вопросу о теории психотехники. М.: Новая Москва, 1931. 98 с.
- Bugental J.F.T.* Art of the Psychotherapist. N.Y.: W.C. Norton&Company, Inc., 1987. P. 323.
- Corey G.* Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy. Brooks/Cole Publishing Company/Pacific Grove, California, 1990. P. 475.
- Polanyi M.* Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy. University of Chicago Press, 1958. P. 442.

- Rogers C.R.* A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships, as Developed in the Client-Centered Framework // Sigmund Koch(org.), Psychology: A Study of a Science. Study 1, Volume 3: Formulations of the Person and the Social Context. McGraw-Hill, 1959. P. 184—256.
- Rogers C.R.* Client-Centered Psychotherapy // Kaplan H.I., Sadock B.J. and Freedman A.M. (Eds.), Textbook of Psychiatry. Baltimore: William and Wilkins Co., 1980-a. P. 2153—2186.?
- Rogers C.* Way of Being. Boston: Houghton Mifflin Company, 1980-6. P. 395.
- Tillich P.* The Courage to Be. N.Y., 1952. P. 342.

PSYCHOTECHNICAL SYSTEM OF THE CLIENT-CENTERED PSYCHOTHERAPY

V.V. KOLPACHNIKOV

On the basis of introduced definition and description of concept of "psychotechnical system" the Client-Centered psychotherapy(CCT) is reviewed and analyzed. Personal characteristics of a CCT specialist, goals, conceptual system and system of practice of CCT, system of interaction between client and psychotherapist is described. It is shown, that this psychotechnical view is useful for understanding of process and results of CCT and potentially may be used for analysis of any psychotherapeutic approach.

Keywords: psychotechnical system and it's elements, Client-Centered Psychotherapy, congruence, empathy, unconditional positive regard, Personality of Contact, unity of the counselor and client, specifics of the CCT.

- Vasilyuk F.E.* Ot psikhologicheskoy praktiki k psikhotehnicheskoy teorii // Moskovskij psikhoterapevticheskij zhurnal, 1992 № 1. S. 15—32.
- Vasilyuk F.E.* Metodologicheskij analiz v psikhologii. M.: Smysl, 2005. 240 s.
- Vasilyuk F.E.* Ponimayushhaya psikhoterapiya kak psikhotehnicheskaya sistema. Diss. ... dokt. psikhol. nauk. M., 2007. 430 s.
- Vygotskij L.S.* Sobranie sochinenij. M.: Pedagogika: v 6 t., 1982—1984.
- Gellershtejn S.G.* Psikhotehnika. M.: Novaya Moskva, 1926. 121 s.
- Kolpachnikov V.V.* Ovladenie cheloveko-tsentrirovannymi umeniyami i razvitie lichnosti cheloveka // Perekrestok kul'tur: Mezhdistsiplinarnye issledovaniya v oblasti gumanitarnykh nauk. M.: Logos, 2004. 420 s.
- Kolpachnikov V.V.* Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya i praktika psikhologicheskoy pomoshhi // Materialy mezhdunarodnoj konferentsii "Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya: sovremennoe sostoyanie i perspektivy razvitiya". M., MGPPU, 2007. S. 73—75.
- Kolpachnikov V.V.* Chelovekotsentrirovannyj podkhod v praktike psikhologicheskogo konsul'tirovaniya personala organizatsij // Voprosy psikhologii, 2000. № 3. S. 49—56.

- Kolpachnikov V.V.* Chelovekotsentrirovannyj podkhod kak kul'turnoe dvizhenie // Materialy mezhdunarodnoj konferentsii (4—6 dekabrya 2012 g.). Kiev, 2012. S. 18—21.
- Myunsterberg G.* Osnovy psikhotehniki. M., 1921. 147 s.
- Petrovskij V.A.* Lichnost' v psikhologii: paradigma sub"ektnosti. — Rostov n/D.: Feniks, 1996. 512 s.
- Puzryej A.A.* Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya L.S. Vygotskogo i sovremennaya psikhologiya. M.: Izd-vo Mosk. Un-ta, 1986. 112 s.
- Puzryej A.A.* Psikhologiya. Psikhotehnika. Psikhagogika. M.: Smysl, 2005. 488 s.
- Rodzhers K.R.* Stanovlenie cheloveka. Vzglyad na psikhoterapiyu. — M.: Progress, 1994. 480 s.
- Shvedovskij O.V.* Mikrodinamika lichnostnykh izmenenij v protsesse ponimayushhej psikhoterapii. Avtoreferat diss...kand. pikhol.nauk. M., 2007. 20 s.
- Shpil'rejn I.N.* Prikladnaya psikhologiya. Psikhologiya truda i psikhotehnika. M.: Novaya Moskva, 1930. 119 s.
- Shpil'rejn I.N.* K voprosu o teorii psikhotehniki. M.: Novaya Moskva, 1931. 98 s.
- Bugental J.F.T.* Art of the Psychotherapist. N.Y.: W.C. Norton&Company, Inc., 1987. P. 323.
- Corey G.* Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy. Brooks/Cole Publishing Company/Pacific Grove, California, 1990. P. 475.
- Polanyi M.* Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy. University of Chicago Press, 1958. P. 442.
- Rogers C.R.* A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships, as Developed in the Client-Centered Framework// Sigmund Koch(org.), Psychology: A Study of a Science. Study 1, Volume 3: Formulations of the Person and the Social Context. McGraw-Hill, 1959. P. 184—256.
- Rogers C.R.* Client-Centered Psychotherapy // Kaplan H.I., Sadock B.J. and Freedman A.M. (Eds.), Textbook of Psychiatry. Baltimore: William and Wilkins Co., 1980-a. P. 2153—2186.
- Rogers C.* Way of Being. Boston: Houghton Mifflin Company, 1980-6. P. 395.
- Tillich P.* The Courage to Be. N.Y., 1952. P. 342.

ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ ПСИХОТЕРАПИИ, ФОКУСИРОВАННОЙ НА ПЕРЕЖИВАНИИ: ДИАЛОГОВО- ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

И.А. ПОГОДИН

В статье представлены наиболее важные положения теории и методологии диалогово-феноменологической психотерапии. Они рассматриваются автором через призму сравнительного анализа с соответствующими концепциями гештальт-терапии. Особое внимание при этом уделяется анализу диалогово-феноменологической концепции переживания, которое рассматривается автором в качестве единственной цели описываемой психотерапевтической модели. С точки зрения, предлагаемой в работе, переживание является источником формирования поля, альтернативой полемому структурированию концепциями.

Ключевые слова: переживание, концепция, диалогово-феноменологическая психотерапия, феноменологическое поле, феномен, симптом, децентрализация власти, управляемый иницируемый кризис.

Читателю, ранее не знакомому ни по публикациям, ни в практике со спецификой диалогово-феноменологической психотерапии, стоит сообщить, что эта терапевтическая модель появилась и развивалась в методологическом русле гештальт-подхода. Другое ее название — диалоговая модель гештальт-терапии.

В некотором смысле проект «Диалоговая модель» начинался с попытки вернуть гештальт-терапию к ее истокам. Главной моей задачей было обратить внимание гештальт-терапевтов на те ресурсы гештальт-подхода, которые в настоящее время, на мой взгляд, не используются в полной мере. Я бы даже сказал, используются лишь в незначительной степени. По этой причине в самом начале пути я решил обратиться к тем конструктам гештальт-подхода, которые, по-моему, оказались наиболее значимыми в той революции в психотерапии, которую начали Ф. Перлз и П. Гудман. По иронии судьбы, они почти никак не применяются в практике гештальт-терапии. Со временем, однако, я обнаружил, что внутри самой методологии гештальт-терапии есть множество противо-

речий, которые не были разрешены самими отцами-основателями. Поэтому диалоговая модель из проекта возвращения гештальт-терапии к гештальт-терапии превратилась в попытку модифицировать ее теорию и практику. Так появилась диалогово-феноменологическая психотерапия.

И сегодня я хочу представить вашему вниманию тезисное изложение тех основных положений теории и методологии диалогово-феноменологической психотерапии, которые в настоящий момент составляют фундамент этого метода. В некоторых случаях я буду особое внимание уделять тем принципиальным отличиям, которые обнаруживаются при сравнении диалогово-феноменологического подхода и гештальт-терапии. Возможно, это сравнение может оказаться полезным гештальт-терапевтам и психотерапевтам других направлений, которые задумываются над своей практикой и идентичностью.

Цель диалогово-феноменологической психотерапии — переживание

Все здание методологии гештальт-терапии построено на фундаменте принципа творческого приспособления, который много лет назад постулировал ее основатель Ф. Перлз. Он заключается в том, что человек, сталкивающийся с новым контекстом поля, создает только для него подходящий и потому уникальный способ адаптации, который суть способ организации контакта в поле. Таким образом, жизнь человека — это постоянная череда способов приспособления к полю. Трудности появляются в тот момент, когда человек оказывается не в состоянии создать новый способ организации контакта в поле в соответствии с изменившимся контекстом. В этом случае способ организации контакта фиксируется. Впоследствии к нему присоединяется симптом, который является отражением альтернативного способа построения контакта.

Диалогово-феноменологическая психотерапия исходит из другого базового принципа. Естественная динамика поля определяется не сменой способов адаптации, а переживанием происходящего в поле. При этом переживание является функцией самого поля. Человек выступает агентом переживания. И его задача заключается в том, чтобы максимально полно отражать в процессе переживания феноменологическую динамику поля. Иначе говоря, феноменологическая динамика поля и динамика переживания суть единый процесс. Однако, как и творческое приспособление, переживание всего богатства поля в полной мере невозможно. Этот в некотором смысле идеальный процесс время от времени дает сбой, что блокирует естественную динамику поля. Вместо него человек пытается как бы «запомнить» тот феноменологический дизайн поля, который позволил ему не переживать, но потребить весь объем витальности переживания. Так появляются концепции, которые

теперь на правах альтернативы переживанию начинают определять динамику поля. Однако в отличие от переживания концепции не столько поддерживают динамику поля, сколько организуют хронифицированный и неизменный во времени феноменологический поток в рамках одной и той же полевой структуры. Поле как бы коллапсирует, превращаясь из процесса в объект, обладающий определенной структурой. Так появляется self-парадигма. Мы поговорим об этом понятии чуть позже. Сейчас же вернемся снова к переживанию.

Тут мы с определенной последовательностью подходим в нашей презентации метода к цели психотерапии. Единственной целью диалогово-феноменологической психотерапии является восстановление переживания. Напомню читателю, что переживание является сутью динамики поля, поэтому восстановление ее свободного течения на фоне придания каждому феномену статуса витального, способствует высвобождению тех процессов, блокировка которых прежде лежала в основе тех или иных симптомов клиента. Результат терапии при этом достигается не прямым терапевтическим усилием, а в качестве побочного продукта терапевтического контакта, в котором высвобождается переживание.

Подытоживая этот параграф, отмечу следующее. Если целью традиционной гештальт-терапии является восстановление у клиента способности к творческому приспособлению, то фокусом профессиональной активности в диалогово-феноменологической психотерапии выступает процесс переживания, протекающий в поле.

Переживание как процесс формирования реальности

По ходу предыдущего текста у Вас, по всей видимости, мог появиться вопрос: «А что такое переживание? Что это за процесс, и имеет ли он какие-то особенности с точки зрения диалогово-феноменологической психотерапии?» Попробую в двух словах сделать небольшой эскиз или набросок диалогово-феноменологической концепции переживания. Как я уже отметил выше, переживание суть процесс, отражающий естественную спонтанную и витальную динамику поля. Это перманентный процесс появления в поле того или иного феномена, насыщения его Жизнью в процессе контакта с другими людьми и ухода его в фон, с тем, чтобы уступить место вновь появившемуся в соответствии с естественной прегнантностью поля новому феномену. И так бесконечно. Переживание не просто функция поля, но одна из основных силовых линий, определяющих его динамику (другая силовая линия — концептуализация). Носителями этой функции поля являемся мы с вами. Применительно к психотерапии — терапевт и клиент. В некотором смысле мы — агенты поля. Методологически это важное различие — не мы организуем процесс переживания, а сам

процесс переживания при его восстановлении позволяет нам Жить. Именно по этой причине предмет диалогово-феноменологической психотерапии сдвигается от клиента в поле — в процесс переживания.

Двинемся далее. В психотерапии вообще и в гештальт-подходе, в частности, под переживанием мы понимаем некий процесс приспособления к реальности. Так, мы можем утверждать, что некто А. не пережил... развода, утраты, увольнения с работы. Или, наоборот, пережил. Таким образом, под переживанием традиционно понимается некая деятельность, привязанная к тому или иному событию, которая имеет основной своей задачей адаптацию к нему. И этот процесс имеет начало и конец. Концепция переживания в диалогово-феноменологическом подходе имеет некоторые существенные отличия помимо уже упоминаемой принадлежности полю, а не человеку.

Во-первых, переживание перманентно — оно не может быть завершено. Его можно лишь приостановить или прекратить. Во-вторых, переживание никак не привязано к какому бы то ни было событию. Наоборот — переживание суть собственно динамика этих событий. И это не деятельность — это способ существования этих событий. И наконец, в третьих, и это самая значительная трансформация в понимании переживания, это процесс не столько приспособления к событиям жизни, сколько процесс их созидания. Другими словами, переживание является способом формирования реальности. Таким образом, в процессе психотерапии, фокусированной на переживании, мы создаем реальность. И не учитывать это было бы, по меньшей мере, неразумно — в этом тезисе коренятся колоссальные ресурсы для развития психотерапевтической практики. Хотя, строго говоря, адаптационный вектор переживания также свойственен его природе. Однако он является вторичным по отношению к вектору творческому, создающему реальность. Но, по странному стечению обстоятельств, мы традиционно в психотерапии переоцениваем значение адаптационного и не просто недооцениваем, но тотально игнорируем значение вектора творческого.

Поле — это процесс, реализуемый двумя силовыми линиями — концепциями и переживанием

В разных контекстах я уже несколько раз упоминал о переживании и концепции как альтернативных способах регулирования динамики поля. Повторяться не буду — здесь я сосредоточу ваше внимание лишь на нескольких частных аспектах этой теории. Подчеркну, и концепции, и переживание суть силовые линии динамики феноменологического поля. Иначе говоря, они принадлежат полю, а не человеку. По этой причине предметом психотерапии является не сам клиент, но полевые процессы.

А психотерапевт выступает не экспертом в области человека, а неким чувствительным, свободным, ответственным и честным агентом поля.

По ходу моего повествования могло сложиться впечатление, что переживание естественно для поля, а концепция — противоестественна. Нет. Концепция настолько же необходима полю, как и переживание. Более того, я полагаю, что 90—95% динамики поля регулируется именно концепциями. И только оставшиеся 5—10% — переживанием. Поэтому все актуальные на настоящий момент возможности для трансформации находятся в этих небольших пределах. Разумеется, что наши амбиции и мечты распространяются и дальше. Потенциально, я полагаю, возможности трансформации человека, намек на которую имплицитно размещен в этой модели, безграничны.

Но вернемся к концепции как к силовой линии, структурирующей поле. Концептуализация — это также сопряженный полю процесс. И он также перманентен. Его действие мы ощущаем всегда. Сказанное имеет также большое значение и для переживания. Невозможно восстановить переживание раз и навсегда — то, что переживается вами сегодня, завтра снова может быть подвергнуто концептуализации. Это так же, как невозможно Жить сегодня с запасом на завтра. Жизни впрок не бывает, завтра снова нужно будет приложить усилие, чтобы быть Живым.

Но усилие Жить и переживать не означает волевого отказа от концепций. Свободный и естественный процесс переживания вообще не предполагает никакой борьбы. Диалогово-феноменологический психотерапевт не борется с концепциями — ни своими, ни клиента. Все, что он делает, так это сопровождает естественный процесс переживания. Если переживание занимает место концепции, необходимость в последней просто отпадает. Примерно та же закономерность, что и с симптомом, который воткан в ткань концепции.

Симптом как способ отказа переживать

Теперь немного о природе симптомов, которые служат клиенту поводом для обращения за психотерапией. Немного мы уже приступили к этой теме в данной статье. Предлагаю продолжить. С точки зрения классической гештальт-терапии, симптом является отражением способа организации контакта и имеет два основных значения — симптом как способ контакта и симптом как способ удовлетворения потребности. Я бы объединил оба эти значения, поскольку контакт в гештальт-терапии всегда связан с той или иной актуальной потребностью. Таким образом, если симптом является «кривым» способом строить контакт в поле и удовлетворять актуальную потребность, то вывод напрашивается сам собой — нужно помочь клиенту удовлетворить свою потребность адекватным си-

туации способом. Иначе говоря, восстановить способность к творческому приспособлению. Просто и красиво, не правда ли? Но только в том случае, если клиент хотя бы подозревает о существовании у него этой потребности. Если же этой потребности в списке человека просто не существует, то все усилия в рамках этой базовой схемы напрасны. Такая модель апеллирует к сфере уже известного. От усилия воли или желания терапевта осознания потребности в любви у клиента, который никогда не любил и которого никогда не любили, не появится. Для этого должен быть соответствующий опыт. Как я покажу немного позже в разговоре о классической концепции цикла контакта в гештальт-терапии, появление опыта зачастую предшествует осознанию потребности.

Но вернемся же к симптому. Диалогово-феноменологическая психотерапия исходит из иных представлений о его природе. Если коротко, то симптом суть результат и способ остановки естественного течения процесса переживания. А следовательно, он, как колышек, вбит в ткань сформированной как альтернативы концепции. И до тех пор пока переживание заблокировано, симптом процветает. Представьте себе на минутку следующую картинку. Я напому, что концепция представляет собой некий устойчивый конгломерат феноменов, связанных друг с другом принудительной валентностью (о валентности поговорим чуть позже). Допустим, в одной комнате собралось несколько человек (это феномены), которые сцепились прочно друг с другом руками (это сформированные принудительно в результате отказа переживать связи). Представили? Внутри этого сообщества феноменов находится еще один человек, как вы понимаете, зажатый окружающими феноменами-людьми со всех сторон (это симптом). Любые его попытки вырваться за пределы этой прочной компании обречены на неудачу. Причем, чем интенсивнее его попытки, тем сильнее противодействие остальных. Давление на него лишь растет. Вот такую картину напоминает мне психотерапия, фокусированная прямо или косвенно на симптоме. В этом и обреченность редуцированного взгляда классической гештальт-терапии, в которой осознание предшествует удовлетворению. В этих случаях терапевт пытается бороться с концепцией, структурирующей поле. Концепция во многих случаях от этого становится лишь сильнее. В соответствующий сегмент поля не проникает никаких инноваций — мы замечаем лишь то, что соответствует концепции. Либо терапевт профессиональным усилием пытается внести нечто новое в контакт. При этом, как правило, формируется новая концепция. Остается надеяться, что она окажется более адаптивной для клиента.

Вернемся снова к нашей метафоре, пока еще в вашей памяти свежа картинка с компанией феноменов в комнате. Какую же альтернативу предлагает диалогово-феноменологическая психотерапия? Как я уже отмечал,

данная модель направлена не на борьбу с концепцией, а на восстановление переживания. Все, что нужно для этого терапевту, так это замечать те инновации, которые появляются в поле и никак не вписываются в актуальную концепцию (к слову сказать, я могу даже не думать о концепции в данный момент, поле сделает все само — мне нужно лишь замечать). А дальше этим фактам сознания я пытаюсь вернуть право на жизнь. Т.е. пытаюсь дать им возможность разместиться в нашем с клиентом контакте. При этом я не просто сообщаю о них клиенту, но говорю о них лично ему — от сердца к сердцу. Это тот способ, которым новые феномены попадают в поле. И что немаловажно, будучи размещенными в процессе переживания, они обладают довольно значительной трансформирующей силой.

И вот представьте, что в комнату открывается дверь, и в нее один за другим входят новые люди-феномены (такого рода поведение суть проявление естественной валентности, о которой мы поговорим также немного позже). При этом они довольно активны и притягательны в контакте с собравшимися в комнате (феномены, появившиеся в переживании, очень витальны). Вот эти новые феномены вступают в контакт с собравшимися ранее феноменами, связанными до сих пор в концепцию. И связи начинают трансформироваться — руки переплетаются в уже новых комбинациях, некоторые и вовсе пребывают в свободном движении. Теперь прежде связанные в рамках концепции феномены начинают размещаться в процессе переживания. При этом, разумеется, в комнату продолжают входить все новые участники этого действия, поскольку процесс переживания, повторю, перманентен и секунда от секунды задействует все новые феномены. Как вы уже наверняка представили себе, прежде прочные и, казалось бы, нерушимые связи становятся слабее или вовсе утрачивают свою силу. И ... О чудо! Феномен-симптом просто одиноко выпадает из этой тусовки. А хаос переживания продолжается и после его ухода.

Таким образом, не конфронтируя содержание ни одной из концепций клиента, терапевт помог создать ситуацию, в которой симптому просто нет места. И что самое интересное (внимание!) — содержание происходящего — ни феноменов переживания, ни феноменов концепции — для этого процесса не является важным. Я специально не выискиваю феномены, которые противоречат концепции клиента — в процессе естественного течения переживания они появятся сами собой. Итак, содержание терапии не принципиально. Важна лишь ПРИРОДА этого процесса. А имя ему — переживание!

Принцип децентрализации власти

Это один из самых важных принципов диалогово-феноменологического подхода, который был постулирован еще до его современной

формулировки. С точки зрения традиционного подхода в психотерапии, равно как и с позиции здравого смысла, власть и влияние в контакте локализованы у его участников. Об этом я уже писал ранее. Сфокусируемся на этом еще немного, на этот раз применительно к природе психических процессов. Но прежде чем поговорить о частных аспектах этого принципа для психотерапии, я бы хотел подчеркнуть разницу между классической гештальт-терапией и диалоговой моделью.

Основатели гештальт-терапии, обсуждая природу психического, рассматривают ее через призму теории поля. При этом они говорят о поле «организм-среда». Причем, организм и среда, судя по семантике фраз авторов, оказываются существующими отдельно. Иначе говоря, организм производит те или иные действия в среде с целью получить нечто из нее для себя. Собственно говоря, на этом основана практически вся техника гештальт-терапии — помочь клиенту удовлетворить потребность в среде способами, соответствующими принципу творческого приспособления. Естественно и совершенно последовательно из такого подхода к полю вытекает и базовая терапевтическая схема цикла контакта. Итак, поле основателей гештальт-терапии предполагает довольно жесткое сегментирование его на секторы «организм» и «среда» [Перлз, Гудмен, 2001; Перлз, 2000]. Простая и рабочая схема, но о ее ограничениях я уже писал выше.

Диалогово-феноменологическая психотерапия построена на методологии полевой децентрализации. Что это означает? Самое важное — это то, что поле целостно в своей природе, его сегменты невозможно рассматривать как самостоятельные и независимые друг от друга — «я такой потому, что ты есть». Психические феномены своим источником имеют не изолированную психику организма или окружающую среду как агент влияния, а пространство между ними — контакт. Иначе говоря, психика существует лишь в контакте. Более того, меня не существует в отрыве от моего клиента. Так же верно и обратное.

Отсюда вытекает несколько важных следствий. Все их я вряд ли смогу перечислить, но на некоторых остановиться стоит. Например, на осознании. Как и в гештальт-терапии, в диалогово-феноменологическом подходе скорее апеллируют к *awareness*, к процессу, который близок русскому глаголу «замечать». Вместе с тем, источник этого процесса в методологии этих двух подходов рассматривается принципиально по-разному. Если в гештальт-терапии он является атрибутом «организма», то в диалогово-феноменологической психотерапии — базовым атрибутом контакта и даже шире — феноменологического поля, поскольку контакт есть форма существования поля. Иначе говоря, осознаю не я, а поле. Я — агент этого осознания. И это очень важно. Я хочу подчеркнуть это ввиду следствий для практики психотерапии. Например, откуда в терапевти-

ческий процесс попадают феномены? Многим начинающим терапевтам известен, по всей видимости, опыт тренировки осознания по ходу терапевтической сессии. Если стараться заметить те или иные феномены в поле, то в этом титаническом труде можно просто истощиться. Но если просто перестать сопротивляться полю и дать возможность феноменам попасть в ваш контакт, то картина меняется неузнаваемо — феномены начинают просто бомбардировать ваш глаз, ухо, сердце и пр. Сказанное справедливо не только в отношении осознания, но также и других важных для психотерапии процессов: чувствительности, выбора и пр.

Еще одно следствие принципа децентрализации для процесса психотерапии связано с механизмом построения интервенций. Эффективная интервенция в психотерапии переживанием исходит из самого контакта. Она как бы овладевает терапевтом на фоне ясного осознания происходящего. В какой-то момент невозможно отличить меня от моей интервенции — она и есть я, а я и есть она. Я как терапевт рождаюсь только в этот момент интервенции, и так происходит во время всей терапии. Но бывает и так, что я хорошо продумываю свою интервенцию, тщательно анализирую ее возможные последствия и со всей ответственностью размещаю ее в контакте. Как правило, такая интервенция, с точки зрения основной цели терапии, — восстановления переживания — бессмысленна. Она «падает замертво», не успевая долететь до сердца клиента. Диалогово-феноменологическая психотерапия учит нас доверять своей природе — природе поля.

Концепция управляемого инициируемого кризиса

Еще одним немаловажным аспектом методологии диалогово-феноменологической психотерапии является концепция управляемого инициируемого кризиса. Если фокусом терапевтического внимания в традициях гештальт-терапии выступает процесс творческого приспособления организма к среде, который, очевидно, направлен на достижения некоего равновесия, то в рамках психотерапии переживанием таким фокусом является обратный процесс — возникновение и развитие кризиса. Да-да, повторю — возникновение и развитие кризиса.

Почему-то принято считать, что психотерапия направлена на разрешение психологического кризиса, на совладание с нестабильностью и достижение комфортного и спокойного существования. Мой терапевтический опыт, скорее, утверждает обратное — множественные симптомы человека, который обратился за психологической помощью, порой оказываются укоренены в ригидную концептуальную структуру мира. И эффективная психотерапия, по крайней мере та, что основана на восстановлении чувствительности к Жизни, чаще всего дестабилизирует

«мир клиента», нежели создает иллюзию покоя и контроля. На память приходит одна из гениальных, на мой взгляд, фраз М. Хайдеггера: «Может быть, самое большое, что мы можем сделать для человека, это помочь ему Быть тревожным».

Переживание — это процесс перманентной полевой динамики, которая не подлежит прямому контролю. Комплементарный ему процесс — концептуализация, безусловно, также необходим. Но любые изменения, за которыми обращается к нам клиент, в любом случае происходят, не имея шансов миновать некие точки бифуркации, за которыми проглядывает неопределенность. По этой причине в диалогово-феноменологической психотерапии в некотором смысле культивируется психологический кризис [Погодин, 2009]. Вместе с тем, и это отражено в названии концепции — управляемого инициируемого кризиса — хаос является лишь одной стороной происходящего. Другая его сторона — формирование условий, в которых кризис не развивается в травму в результате блокирования переживания, а впускается в естественную динамику феноменологического поля.

Психотерапия представляет собой некую череду кризисов. И если даже до начала психотерапии кризиса у клиента не существовало, просто жить было скучно, безвкусно и бессмысленно, то по ходу ее кризис неизбежно разовьется. Я бы в последнюю очередь обратился за психотерапией, если бы захотел упростить свою жизнь. Психотерапия — это по своей сути процесс усложнения жизни. Особенно — психотерапия переживанием. Буквально жизнь человека становится сложнее, поскольку в ней появляется все больше феноменов, которые отныне придется учитывать. Причем усложнится жизнь или нет, не зависит от модальности феноменов. Это может быть очень полезное и приятное наблюдение клиента, которое должно было бы его обрадовать, а кризис случится все равно, поскольку способов пережить этот феномен у человека просто нет.

Например, если клиент не имел опыта переживания близости, нежности или никогда не принимал заботу от окружающих, то появление в терапевтическом контакте соответствующих феноменов, с необходимостью отнестись к ним, переживать и встроить в свою жизнь, с неизбежностью вызовет у него также комплекс феноменов, которые маркируют кризис. Вот жил он 40 лет без любви и нежности, и под этот опыт были сформированы десятки концепций (например, что люди несут угрозу и нужно держаться от них подальше). А теперь в терапии, столкнувшись с этими инновациями для жизни, ему придется как-то к ним отнестись. И вот тут-то становится как никогда необходимой квалификация терапевта по сопровождению переживания и развитию кризиса. Почему кри-

зис в методологии описываемого метода звучит как управляемый? Потому что основная задача терапевта заключается в том, чтобы сопроводить клиента в этой непростой для него ситуации. Если терапевту удастся создать условия для переживания всего комплекса феноменов-инноваций, то клиент сможет интегрировать их в свою жизнь. Если нет, то остановка процесса переживания приведет к травме, поскольку, по определению, травма — это результат блокирования переживания [Погодин, 2008].

В завершение еще одно небольшое замечание относительно концепции управляемого иницируемого кризиса. На этот раз оно относится к природе инициации кризиса. Когда я говорю, что психотерапия — это процесс, в котором кризисы сменяют друг друга в процессе переживания, это не означает, что в этом заключается работа психотерапевта. Нет! Мы не формируем кризисы у наших клиентов. Мы лишь оказываемся чувствительными к полю и свободными для того, чтобы дать возможность полю ожить. Кризисы неизбежно возникают в этом процессе, они сопряжены с динамикой поля. Терапевт лишь сопровождает их развитие, помогая клиенту переживать. Если терапевт старается вызвать кризис у клиента, то он занимается чем угодно, только не диалогово-феноменологической психотерапией. Любая форма высокомерия, проявляющаяся в том, что я знаю лучше, что нужно клиенту, противоречит профессиональной позиции диалогово-феноменологического терапевта. Причем все равно, идет ли речь о любых формах агрессии по отношению к клиенту или о стремлении уберечь его от нее. Если мы принимаем за клиента любое такое решение, то лишаем его выбора, как впрочем и себя. Его место занимает концепция, обосновывающая текущее решение, которое заняло место выбора. Переживание в этой ситуации уже не восстановить, поскольку свободный выбор — его необходимое условие!

ЛИТЕРАТУРА

- Перлз Ф., Гудмен П.* Теория гештальт-терапии. М.: Институт Общегуманитарных исследований, 2001. 384 с.
- Перлз Ф.* Эго, голод и агрессия: пер. с англ. М.: Смысл, 2000. 358 с.
- Погодин И.А.* Диалоговая модель гештальт-терапии: сб. статей в 5 т. Т. 3. Введение в диалогово-феноменологическую концепцию контакта. Минск, 2009. 114 с.
- Погодин И.А.* Диалоговая модель гештальт-терапии: сб. статей в 5 т. Т. 4. Диалогово-феноменологическая модели контакта: сущность и применение. Минск, 2009. 102 с.
- Погодин И.А.* Диалоговая модель гештальт-терапии: сборник статей в 5 т. Т. 5; кн. 1. Психотерапия переживанием. Минск, 2009. 117 с.
- Погодин И.А.* Диалоговая модель гештальт-терапии: сборник статей в 5 т. Т. 5; кн. 2. Рискаю Быть Живым. Минск, 2009. 100 с.

Погодин И.А. Психотерапия управляемого кризиса // Диалоговая модель гештальт-терапии: сборник статей в 2 т. Т. 2. Сущность диалоговой психотерапии: практические и прикладные аспекты. Минск, 2009. С. 25—38.

Погодин И.А. Переживание в этиологии психической травмы / Психическая травма и переживание: гештальт-терапия кризиса: сб. статей / И.А. Погодин. Минск, 2008. С. 6—16.

THEORY AND METHODOLOGY OF EXPERIENCE-FOCUSED PSYCHOTHERAPY: DIALOGUE-PHENOMENOLOGICAL APPROACH

I.A. POGODIN

This article presents the most important provisions of the theory and methodology of the dialogue-phenomenological psychotherapy. They are considered by the author through a comparative analysis with the relevant concepts of Gestalt Therapy. Special attention is paid to the analysis of the dialogue-phenomenological concept of experience, which is regarded by the author as sole purpose described psychotherapeutic model. From the point of view, proposed in the article, experience is the source of the field.

Keywords: experience, concept, the dialogue-phenomenological psychotherapy, phenomenological field, phenomenon, decentralization.

Perlz F., Gudmen P. Teoriya geshtal'tterapii. M.: Institut Obshegumanitarnykh issledovaniy, 2001. 384 s.

Perlz F. Ehgo, golod i agressiya: per. s angl. M.: Smysl, 2000. 358 s.

Pogodin I.A. Dialogovaya model' geshtal't-terapii: sb. statej v 5 t. T. 3. Vvedenie v dialogovo-fenomenologicheskuyu kontseptsiyu kontakta. Minsk, 2009. 114 c.

Pogodin I.A. Dialogovaya model' geshtal't-terapii: sb. statej v 5 t. T. 4. Dialogovo-fenomenologicheskaya modeli kontakta: sushhnost' i primenenie. Minsk, 2009. 102 s.

Pogodin I.A. Dialogovaya model' geshtal't-terapii: sbornik statej v 5 t. T. 5; kn. 1. Psikhoterapiya perezhivaniem. Minsk, 2009. 117 s.

Pogodin I.A. Dialogovaya model' geshtal't-terapii: sbornik statej v 5 t. T. 5; kn. 2. Riskuya Byt' Zhivym. Minsk, 2009. 100 s.

Pogodin I.A. Psikhoterapiya upravlyaemogo krizisa // Dialogovaya model' geshtal't-terapii: sbornik statej v 2 t. T. 2. Sushhnost' dialogovoj psikhoterapii: prakticheskie i prikladnye aspekty. Minsk, 2009. С. 25—38.

Pogodin I.A. Perezhivanie v ehtiologii psikhicheskoy travmy / Psikhicheskaya travma i perezhivanie: geshtal't-terapiya krizisa: sb. statej / I.A. Pogodin. Minck, 2008. С. 6—16.

САМОАКТУАЛИЗАЦИЯ КАК СУБЪЕКТНЫЙ ФЕНОМЕН

Е.Н. РАСТОРГУЕВА

В статье ставится вопрос об актуальности и правомерности использования понятия самоактуализации как одного из важнейших ориентиров в отечественной психологической практике. Приводится сравнительный анализ понятия самоактуализации и связанных с ним понятий в отечественной и зарубежной психологии. Обосновывается вывод о совпадении феноменов «самоактуализирующейся личности» и «субъектности личности» на конкретно-психологическом уровне. Подробно рассматриваются базовые характеристики самоактуализации (автономность и компетентность во времени) как внутренние условия этого процесса.

С учетом проведенного анализа накопленного научного знания предпринята попытка нового определения и объяснения понятия самоактуализации на современном уровне.

Ключевые слова: самоактуализация, самореализация, характеристики самоактуализации, компетентность во времени, внутренняя поддержка, автономность, индивидуальность, самодетерминация, свобода, ответственность, способность совершать выбор, субъектность личности, источники самодетерминации, уровни самоактуализации.

Представления о самоактуализирующейся личности — наиболее целостная и разработанная идеальная модель человека, которая продолжает оставаться важнейшим ориентиром для современной психологической практики.

Самоактуализация (СА), или самореализация (СР), указывается (или содержательно подразумевается) в числе целей многих различных направлений консультирования и психотерапии, поэтому является их «универсальной целью» [Кочунас, 1999]. Характеристики СА содержательно входят в «долгосрочные генеральные цели консультирования и психотерапии», соответствующие «функциональной модели зрелой личности» [Шостром, Браммер, 2002].

Современная личностно-ориентированная педагогика оперирует понятием СА, подчеркивая не только внешнюю, но и внутреннюю обусловленность процессов взросления и развития. Главную цель деятельности психологической службы в образовании, смысл образования

в XXI веке педагоги, так или иначе, связывают с психологическим здоровьем и СА.

В отечественной психологии существуют отдельные определения СР, СА, при этом сохраняется интерес к определениям понятия СА именно зарубежными гуманистическими психологами 50—70-х гг. В современной науке отсутствуют более целостные концепции СА, и исследование СА остается на первоначальном уровне. С одной стороны, теории СА зарубежных гуманистических психологов однозначно оцениваются как недостаточно разработанные [Леонтьев, 1997 и др.], а с другой стороны — они продолжают активно использоваться.

Возникает вопрос: стоит ли оперировать данным понятием в психологии и ориентироваться на него в практике?

Для ответа на этот вопрос перспективным оказался сравнительный анализ понятий СА, СР в зарубежной и отечественной психологии.

Как известно, многие зарубежные психологи выделяют сходные характеристики самоактуализирующейся, психологически здоровой или зрелой личности, строго не разводя эти понятия. В нашей стране широко используется операциональное определение СА из 14 характеристик [Гозман, Кроз, Латинская, 1995], где основными (базовыми) характеристиками СА являются — компетентность во времени и внутренняя поддержка. Ниже ограничимся здесь подробным сравнительным анализом данных базовых характеристик СА в зарубежной и отечественной психологии.

Компетентность во времени, с точки зрения зарубежных психологов — это полный контакт с реальностью «здесь и теперь», высокая «пространственно-временная осведомленность» как чувство действительности, понимание подлинности настоящего и окружающей реальности, а также способность здоровой личности целостно, связано воспринимать время своей жизни, «жить настоящим», в котором представлены прошлое и будущее [Перлз, 1996, 1998]. Временная интегрированность позволяет личности быть приподнятой над мелочами, иметь широкий горизонт [Маслоу, 1999] и дальнюю временную перспективу [Allport, 1968].

На связь СР и временной ориентации человека в общетеоретическом плане, в свою очередь, указывают многие отечественные авторы. Так, временные параметры самосознания, способность к организации времени рассматриваются как условие интеграции индивидуальности человека, регуляции сознания, поведения, становления личности (В.Г. Асеев, Т.Н. Березина, Е.И. Головаха, Е.В. Некрасова, А.Б. Орлов), как обобщенный показатель степени ее зрелости [Ананьев, 2000], уровня развития (С.Л. Рубинштейн) и как важнейший фактор развития и СР

(К.А. Абульханова-Славская, Н.Р. Гинзбург, Е.И. Головаха, С.Л. Рубинштейн и др.).

Второе внутреннее условие СА, а по своей теоретической значимости, как представляется, важнейшее — внутренняя поддержка или автономность.

Действительно, СА (психологическое здоровье, зрелость) разные зарубежные авторы связывают с автономностью, со способностью к самодетерминации, независимостью от внешних воздействий (в определении своих целей, ценностей, поведения), свободой, ответственностью, способностью совершать выбор.

А. Маслоу определяет автономность не только как «относительную независимость от физической и социальной среды» [Маслоу, 1999, с. 236], «психологическую свободу» [Маслоу, 1997, с. 223], но и как «самоопределение, самоуправление, способность к принятию ответственности» [Там же, с. 234]. Независимость означает не «отсутствие уважения к “требовательному характеру” внешнего мира», а что эти контакты определяются, прежде всего, желаниями и планами то самореализующейся личности, а не давлением окружения [Там же, с. 61]. Делая акцент на автономности, Маслоу рассматривает ее в единстве с «тенденцией к гомономности», по Ангялу, а дихотомия между ними — свидетельство неполной зрелости личности [Маслоу, 1999, с. 175].

Итак, А. Маслоу в связи с *автономностью*, по сути, развивает представления о *самодетерминации*, самостоятельных законах и динамике внутреннего мира индивидуальности. *Самодетерминация* непосредственно связана со *свободой*, *ответственностью*, *способностью совершать выбор*. Связь этих понятий прослеживается и в работах других зарубежных психологов (Ф. Перлз, Э. Шостром, К. Роджерс, Дж. Олпорт, Э. Фромм, В. Франкл, Р. Мэй, С. Мадди и др.).

В современной многоуровневой теории субъектности Р. Харре требованием к человеку как к *субъекту* является обладание определенной степенью *автономии*, предполагающей возможность дистанцирования от воздействий окружения, и от тех принципов, на которых основывалось поведение до настоящего момента [Harre, 1983]. В теории Э. Деси и Р. Райана *самодетерминация* означает ощущение *свободы* по отношению к силам внешнего окружения и к силам внутри личности, человек *автономен*, когда он действует как *субъект*, исходя из глубинного ощущения себя. Количественной мерой автономии является степень, в которой люди живут в согласии со своим истинным «Я». Автономия — универсальный критерий и механизм нормального развития [Desi, Ryan, 1985]. У. Тейджсон в своем синтетическом варианте гуманистической психологии определяет *свободу* как переживание *самодетермина-*

ции, связанное с *самоосознанием*, психологическим здоровьем или аутентичностью [Tageson, 1982].

Итак, зарубежные психологи экзистенциально-гуманистического направлений среди характеристик СА (психологического здоровья, зрелости) на первое место ставят способность к самодетерминации, свободе, ответственность, способность совершать выбор. Эти способности синтезированы в определениях автономности (или внутренней поддержки), либо представлены в связи с СА самостоятельно. Сущностью автономности является самодетерминация, интеграция свободы и ответственности. Понятия «автономность» и «внутренняя поддержка» — синонимичны.

Отечественные психологи также связывают СР и СА с самодетерминацией, автономностью, свободой, ответственностью.

Во-первых, СР и СА рассматривают в единстве или отождествляют с самодетерминацией (Е.Б. Весна, Л.Н. Куликова, Е.Б. Лисовская, Н.И. Полубабкина). Самодетерминацию связывают с понятиями «субъект» (К.А. Абульханова-Славская, Л.И. Анцыферова, Н.Р. Гинзбург, Е.Р. Калитеевская, Е.Б. Лисовская, В.А. Петровский, С.Л. Рубинштейн), «субстанциональность» [Весна, 1998], «субъективная реальность» [Слободчиков, 1986] или «индивидуальность» (Е.Б. Весна, Л.Я. Дорфман, Н.А. Логинова), «развитая индивидуальность» (Е.Б. Лисовская).

Во-вторых, феномен СР упоминается или специально анализируется в связи с представлениями о различной степени развития личности, мере ее субъектности (К.А. Абульханова-Славская, Л.И. Анцыферова, Е.Р. Калитеевская, Д.А. Леонтьев, В.Н. Мясищев, С.Л. Рубинштейн) или мере индивидуализированности личности (Е.Б. Весна, В.И. Слободчиков, Е.И. Исаев). СА рассматривается как интегральный критерий, операциональный аналог уровня развития личности, личностной зрелости (Ю.Е. Алешина, Л.Я. Гозман, Е.М. Дубовская; Л.Я. Гозман, М.В. Кроз, М.В. Латинская) или прямо связывается с понятием «субъект» (К.А. Абульханова-Славская, Е.Б. Лисовская, В.А. Петровский, Н.И. Полубабкина, С.Л. Рубинштейн), с высшим уровнем развития индивидуальности — «субъектной индивидуальностью» (Е.Б. Весна), «развитой индивидуальностью» (Е.Б. Лисовская).

В-третьих, свобода и ответственность определяются условиями СР (О.П. Елисеев, Е.Р. Калитеевская, Н.И. Сарджвеладзе, Л.А. Цырева), параметрами субъектности и автономности (К.А. Абульханова, Е.Р. Калитеевская).

Рассмотрим более подробно, как раскрывается теснейшая связь этих понятий в работах отечественных авторов.

Сегодня идея субъектности человека означает свойство *самодетерминации* его бытия в мире [Петровский, 1993], подразумевает выходящее за границы заданного, преодолевающее барьеры своей природной и социальной ограниченности, творческое, сознающее самое себя, целеполагающее, *свободное* начало [Кон, 1987]. Субъект (аналогично СА в зарубежной гуманистической психологии) — это своеобразный идеал, оптимальный способ *осуществления* жизни, но «не вершина совершенства, а постоянное движение к нему» [Абульханова, 1999, с. 208]. Статус субъекта всегда обретается человеком, «не присущ как некая данность», и поддержание его требует определенных усилий [Кон, 1987, с. 370—371]. Способность личности организовывать жизненный путь как целое, подчиненное ее целям, ценностям, смыслу составляет оптимальное качество субъекта жизни, что соответствует *высшему уровню личности* [Абульханова-Славская, 1991].

Организация *субъектом* своей жизни в соответствии со своим типом личности прямо связана с уровнем ее *самовыражения* в жизни и степенью совершенства. [Абульханова, 1999]. Регулирующая роль *субъекта* заключается: в выборе направления и путей *СР*, в создании для этого условий, которых нет в наличии, в решении возникающих противоречий [Абульханова-Славская, 1991]. Л.А. Цырева отмечает, что «человеческое существо лишь в качестве индивида не-само-реализуемо, поскольку оказывается неспособным *проявить* собственную *индивидуальность* как личность», «*реализовать себя* — значит быть творцом собственной жизни на «материале» своей *индивидуальности* и социального содержания» [Цырева, 1992, с. 18]. Личность в процессе *СР* выступает прежде всего в качестве субъекта — осознанно формирующей и проявляющей себя самости, а *степень СР* есть процесс ее *самодетерминации* [Полубабкина, 1995]. Таким образом, мера *СР* определяется мерой самодетерминации, субъектности личности.

Кроме базовых атрибутов индивидуальности сегодня выделяются свойства *развитой (субъектной) индивидуальности* — *субъектная автономность*, стремление к воплощению-объективации, экзистенциальная креативность [Весна, 1998], которые содержательно соответствуют определенным параметрам СА (автономность, потребность в СА и креативность соответственно) в зарубежной гуманистической психологии.

Личность как субъекта конституирует *активность* и *регуляция времени* [Абульханова-Славская, 1991 и др.]. *Активность* определяется как способность, способ, *форма СР* личности [Абульханова-Славская, 1991, с. 114], при которой обеспечивается ее *субъектность*, целостность, *автономность*, *индивидуальность* [Абульханова, 1999, с. 17], а качество

субъектности личности раскрывается через формы активности — инициативу (свободу) и ответственность.

Итак, характеристики субъектности — способность к регуляции времени и способность к активности (формами активности являются инициатива и ответственность) — аналогичны основным характеристикам СА — компетентности во времени и внутренней поддержке (автономности) (в определении последней интегрированы свобода и ответственность).

На сегодняшний день в отечественной психологии укрепилось рассмотрение понятий «свобода» и «ответственность» в единстве (Б.С. Братусь, О.П. Елисеев, Е.Р. Калитеевская, Н.И. Сарджвеладзе, Л.А. Цырева и др.). *Инициатива (свобода)* соединяется с *ответственностью*, когда субъект приступает на практике к реализации собственных инициатив [Абульханова-Славская, 1991], т.е. именно в связи с процессом СР. *Свобода и ответственность* служат основаниями для выделения трех уровней развития личности, соответствующих различной мере ее субъектности и самодетерминации [Анцыферова, 1989].

Свобода — необходимое условие самодетерминации и СА и основное содержание процесса СА. Ее противоположностью является не необходимость, но не свобода — не-бытие-самим-собой, отчуждение [Цырева, 1992]. *Свобода* и необходимость (*ответственность*) — взаимно координируемые условия самоосуществления субъектной активности личности [Елисеев, 2000].

Качество субъектности личности сегодня связывают с функционированием личности на высшем, экзистенциальном уровне саморегуляции, основанном на самодетерминации. Параметры субъектности или самодетерминации — свобода, ответственность, духовность [Калитеевская, 1997]. Свободу и ответственность обозначают как ядерные механизмы высшего уровня личности и как способы, формы ее существования и самоосуществления [Леонтьев, 1999].

Таким образом, проделанный сравнительный анализ показывает, что феномены самоактуализирующейся личности в зарубежной психологии и субъектности личности в отечественной психологии при разности методологических оснований на конкретно-психологическом уровне совпадают. Содержание данных терминов оказывается аналогичным при их детальном рассмотрении. Различные уровни СА соответствуют различным уровням субъектности личности. Внутренние условия процесса СА могут быть в целом обозначены как «высший уровень развития личности», «субъектность личности» или «развитая, субъектная индивидуальность».

Данный вывод представляется важным и интересным, так как одинаковые идеи, к которым пришли с разных методологических основа-

ний, причем в целевом для психологической практики вопросе, могут иметь особую ценность. Кроме того, признание выявленной близости феноменов самоактуализирующейся личности и субъектности личности может избавлять от ненужных дискуссий, лишней критики, а также показывать не механическую, а логическую интеграцию психологического знания, которая часто происходит в области именно консультативной психологии.

Характеристики СА, предложенные зарубежными гуманистическими психологами, представлены в отечественной психологии в той же или другой терминологии, что позволяет заключить, что их значение не снижается. В частности, базовые параметры (характеристики) СА соответствуют характеристикам субъектности личности. Анализ остальных характеристик СА, выделяемых в отечественной и зарубежной психологии, не выявил каких-либо существенных отличий, а подтверждает сделанный вывод [Городилова, 2002].

Выявленная интеграция психологического знания может быть полезна не только для оценки дальнейшей возможности, оправданности, обоснованности использования термина СА в отечественной психологической науке и практике, но и может помочь в проблеме определения данного понятия.

Так, в результате анализа литературы, в обобщенном плане СА может быть определена как *процесс реализации индивидуальности человека, в котором проявляются синтетические ее характеристики, направленные на более полное осуществление постоянно развивающегося потенциала человека через различные виды активности, в системе которых ведущую роль играет субъектная активность, при которой личность выстраивает связи с миром в соответствии с логикой своего внутреннего мира, когда самодетерминация преобладает над внешней детерминацией.*

В этом определении предлагается использовать термин «*индивидуальность*» для обобщенного обозначения предмета реализации или актуализации (ответ на вопрос: что реализуется в процессе СА?). Этот термин представляется наиболее адекватным (вместо неопределимой «самости» в зарубежной психологии) с учетом всех известных моментов в характеристике индивидуальности: как синтеза всех свойств человека, как уникальности (Б.Г. Ананьев, С.Л. Рубинштейн, В.С. Мерлин), как высшего уровня, глубины развития личности (Б.Г. Ананьев), как особого способа бытия (Е.Б. Весна), когда человек отстаивает свою индивидуальность (А.Г. Асмолов, В.И. Слободчиков, Е.И. Исаев).

Под синтетическими характеристиками в определении СА понимаются параметры СА, выделенные зарубежными гуманистическими психологами (совместно с гештальт- и экзистенциальными психологами).

Синтетичность характеристик СА проявляется в том, что они относятся не только к личности, но и к индивидуальности или, в терминологии Е.Б. Весны, — к «интегральной целостности личности-индивидуальности» («субъекту») [Весна, 1998]. С другой стороны, параметры СА представляют собой интеграцию свойств индивидуальности с активностью человека, поэтому в методике САТ по измерению СА [Гозман, Кроз, Латинская, 1995] присутствуют суждения не только ценностного, но и поведенческого характера. Синтетические параметры (характеристики) СА, в целом, могут рассматриваться как внутренние условия процесса СА.

В процессе СА индивидуальность не только раскрывается, в процессе СА свойства индивидуальности особым образом организуются, интегрируются между собой, и сами параметры СА представляют собой свойства индивидуальности. При этой интеграции в характеристике системы свойств индивидуальности появляется новое качество, в свойствах индивидуальности происходит отбор тех их аспектов и сторон, которые направлены на более полную СР в соответствии с логикой внутреннего мира и с учетом внешних условий.

В предложенном выше определении утверждается понимание *различных видов активности* как различных форм, способов СА [Абульханова, 1999; Леонтьев, 1999 и др.]. При этом в процессе СА проявляется специфическая активность, которая обобщенно может быть обозначена как *субъектная активность*. Другими словами, СА индивидуальности может происходить через самые разные виды активности (эмоциональная, коммуникативная, моторная и др.), при этом всегда проявляется, прежде всего, субъектная активность.

Субъектная активность — такая активность, при которой человек осуществляет связи с миром в большей степени в соответствии с логикой своего внутреннего мира (на основе внутренних целей), в соответствии с собой, своей индивидуальностью, своим «Я», когда самодетерминация преобладает над внешней детерминацией.

Основные признаки субъектной активности человека: эта активность имеет внутренние источники детерминации (Л.Я. Дорфман), характеризуется осознанностью, опосредованностью ценностными ориентациями (высшими, бытийными ценностями, по А. Маслоу), внутренним характером регуляции (саморегуляции) (Е.Р. Калитеевская, Д.А. Леонтьев); в ходе этой активности взаимодействие человека с миром осуществляется на основе ведущей роли самодетерминации (А.Г. Асмолов, А.В. Брушлинский, Л.Я. Дорфман, 1993, А. Маслоу, С.Л. Рубинштейн и др.), когда человек в наиболее полной мере выступает в качестве субъекта (К.А. Абульханова-Славская, А.В. Брушлинский).

В отечественной науке накоплены некоторые идеи об источниках самодетерминации (К.А. Абульханова, Л.Я. Дорфман, И.С. Кон, Е.Б. Лисовская, В.А. Петровский, Н.И. Полуабкина, В.Э. Чудновский). В том числе, это идеи о тенденциях самосознания: о внутреннем диалоге личности [Ахиезер, 1995], внутреннем пространстве личности [Петровский, 1993], системе индивидуальных значений и смыслов, основой которых является необозначенное знание, формирующееся в результате сознательного и бессознательного творения человеком своего внутреннего мира — миротворчества [Весна, 1999]. Однако именно психотерапевтическая практика раскрывает и наиболее убедительно показывает индивидуальное существование человека как внутреннее бытие, обладающее собственной спецификой и детерминацией, логикой, берущей начало во внутреннем мире человека, его сознании и самосознании, а в терминологии Дж.Бьюдженталя — в его «субъективности» [Бьюдженталь, 2001].

Использование в определении СА положения о различной мере представленности самодетерминации в жизни каждого человека и определение субъектной активности через понятие «самодетерминация» вносит еще одну существенную ясность в проблему СА и ее исследование: СА — это не вопрос «все или ничего», а вопрос «уровня».

Характеристики СА в совокупности показывают, насколько человек выступает субъектом, автором своей жизни, насколько сам детерминирует свое бытие. Именно с такой теоретической точки зрения их можно считать убедительными и рассматривать как внутренние (необходимые) условия процесса СА любой индивидуальности. В этом смысле, характеристики СА — психологический критерий протекания этого процесса у разных людей.

Итак, существует единый континуум различных случаев выраженности внутренних условий СА. Уровень сформированности, выраженности этих внутренних условий у отдельного человека отражает сравнительно более или менее высокий *уровень СА* его индивидуальности. Таким образом, кроме того, что СА — универсальный процесс, индивидуальность человека реализуется *в разной мере* (или степени) и *в разном качестве* в зависимости от того, в какой мере человек является субъектом, детерминирующим свою жизнь.

При высоком уровне СА универсальный процесс СА отличается особым качеством, которое может быть обозначено как «субъектность процесса СА». Представляется, что одним из главных отличительных признаков субъектной СА в теоретическом плане является то, что активность человека и вносимые им в этом процессе изменения в объекты и субъекты мира непротиворечиво согласуются с его потребностями,

смыслами и ценностями. Специфика структуры самоактуализирующейся личности (относительно высокий уровень СА), на наш взгляд, заключается также не только в ведущей роли ценностей [Полубабкина, 1995], но и в непротиворечивом, и, в этом смысле, гармоничном согласовании между собой потребностей, способностей, ценностей. Другими словами, человек в процессе субъектной СА через свои собственные усилия развивает и реализует те способности, которые отвечают его потребностям и которые не противоречат его ценностям и смыслам.

Особенностями предсубъектной СА (относительно средний и низкий уровень СА) являются: также выявление человеком своих возможностей, способностей в проявлениях его целостной индивидуальности, однако, при слабой согласованности или рассогласованности с потребностями и/или ценностями, смыслами личности; стихийная реализация способностей, возможностей — по требованию ситуации, под влиянием других людей и/или неосознанно.

Выводы

1. Внутренняя поддержка (автономность) и компетентность во времени признаются важнейшими внутренними условиями СР, СА и в отечественной, и в зарубежной психологии. Способность к самодетерминации, свобода, ответственность, способность совершать выбор синтезированы в определениях автономности (или внутренней поддержки), либо рассматриваются в связи с СА самостоятельно. Сущностью автономности является самодетерминация, интеграция свободы и ответственности.

2. В отечественной психологии СА, СР связывают также с понятиями «субъект», «субстанциональность», «субъективная реальность» или «индивидуальность», «развитая индивидуальность», «субъектная индивидуальность», «развитая индивидуальность».

3. Сравнительный анализ понятий в зарубежной и отечественной психологии показал, что СА на современном уровне может рассматриваться как субъектный феномен. Содержание понятий «самоактуализирующаяся личность» в зарубежной психологии и «субъектность личности» в отечественной психологии при разности методологических оснований на конкретно-психологическом уровне оказывается аналогичным. В частности, базовые характеристики СА соответствуют характеристикам субъектности личности. Одинаковые идеи, к которым пришли с разных методологических оснований, могут иметь особую ценность.

4. В обобщенном плане СА может быть определена как процесс реализации индивидуальности через различные виды активности, в системе которых ведущую роль играет субъектная активность, при этом личность выстраивает связи с миром в соответствии с логикой своего внут-

ренного мира, когда самодетерминация преобладает над внешней детерминацией.

5. Предложенное определение СА вполне совместимо с операциональным определением СА зарубежных гуманистических психологов, что сохраняет актуальность последнего. Различные уровни СА соответствуют различным уровням субъектности личности. Внутренние условия процесса СА могут быть в целом обозначены как «высший уровень развития личности», «субъектность личности» или «развитая, субъектная индивидуальность».

6. Предлагается уровневый подход к пониманию СА. С одной стороны, СА — универсальный процесс, касающийся каждой индивидуальности, протекающий в каждый момент, с другой — индивидуальность человека реализуется в разной мере (или степени) и в разном качестве в зависимости от того, в какой мере человек является субъектом, детерминирующим свою жизнь. Уровень сформированности, выраженности внутренних условий — характеристик СА — у отдельного человека отражает сравнительно более или менее высокий уровень СА его индивидуальности.

7. Сравнительное изучение лиц с различной мерой выраженности параметров СА может снять ложный мистицизм в этой теме и приблизить ее ко всем остальным темам в психологии, а также стать полезным для практики психологического консультирования и психотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

- Абульханова К.А. Психология и сознание личности (Проблемы методологии, теории и исследования реальной личности): избранные психологические труды. М.: Московский психолого-социальный ин-т; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 1999. 224 с.
- Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. М.: Мысль, 1991. 294 с.
- Анциферова Л.И. Психология формирования и развития личности // Человек в системе наук. М.: Наука, 1989. С. 426—433.
- Ахиезер А.С. Об особенностях современного философствования (Взгляд из России) // Вопросы философии. М., 1995. № 12. С. 3—20.
- Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта / Пер. с англ. и общая редакция М.Р. Мироновой СПб. Изд. 3-е, межд. СПб: Питер, 2001. 304 с.
- Весна Е.Б. Психологические закономерности и механизмы процесса социализации-индивидуализации в онтогенезе: дисс. ... д-ра психол. наук. М., 1998. 490 с.
- Весна Е.Б. Понятия «личность» и «индивидуальность» в понятийном пространстве, описывающим человека // Мир психологии. 1999. № 4. С. 279—295.
- Гозман Л.Я., Кроз М.В., Латинская М.В. Самоактуализационный тест. М.: Роспедгентство, 1995. 44 с.
- Городилова Е.Н. (Расторгуева Е.Н.). Самоактуализация и ее связь с интегральной индивидуальностью: дис. ... канд. психол. наук. Пермь, 2002. 199 с.

- Елисеев О.П. Практикум по психологии личности: учебное пособие. СПб: Изд-во «Питер», 2000. С. 119—141.
- Калитеевская Е.Р. Психологическое здоровье как способ бытия в мире: от объяснения к переживанию // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии / Под ред. Д.А. Леонтьева, В.Г. Щур. М.: Смысл, 1997. С. 231—238.
- Кон И.С. Постоянство и изменчивость личности // Психологический журнал, 1987. № 4. С. 126—136.
- Кочунас Р. Основы психологического консультирования. М.: Академический проект, 1999. 240 с.
- Леонтьев Д.А. Самореализация и сущностные силы человека // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии / Под ред. Д.А. Леонтьева, В.Г. Щур. М.: Смысл, 1997. С. 156—176.
- Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. М.: Смысл, 1999. 487 с.
- Маслоу А. Мотивация и личность / Пер. А.М. Татлыбаевой. СПб.: Евразия, 1999. 478 с.
- Маслоу А. Психология бытия: пер. с англ. М.: «Рефл-Бук»; К.: «Ваклер», 1997. 304 с.
- Перлз Ф. Гештальт-семинары. М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 1998. 330 с.
- Перлз Ф. Гештальт-подход и Свидетель терапии: пер. с англ. М.: Либрис, 1996. 235 с.
- Петровский В.А. Феномен субъектности в психологии личности: автореф. дис. ... д-ра психол. наук. М., 1993. 76 с.
- Полубабкина Н.И. Самореализация личности: дис. ... д-ра философ. наук. М., 1995. 350 с.
- Цырева Л.А. Самореализация личности как предмет философского исследования: автореф. дис. ... канд. философ. наук. М., 1992. 26 с.
- Шостром Э., Браммер Л. Терапевтическая психология. Основы консультирования и психотерапии: пер. с англ. СПб.: Сова; М.: Эксмо, 2002. 624 с.
- Allport G.W. The person in psychology: Selected essays. Boston: Beacon Press, 1968.
- Desi E. and Ryan R. The General Causality Orientations Scale: Self-Determination in Personality In Research in Personality, 1985. Vol. 19. P. 109—134.
- Harre R. Personal being. Oxford: Blackwell, 1983.
- Tageson W. Humanistic psychology: a synthesis. Homewood (Ill.): The Dorsey Press, 1982.

SELF-ACTUALIZATION AS SUBJECTIVITY PHENOMENON

E.N. RASTORGUYEVA

The issue of actuality and justification of usage of the self-actualization concept as one of the key points in the psychological science of our country is under discussion

in this article. The comparative analysis of self-actualization and related to it concepts in the foreign psychology and the psychological science of our country is cited. The commonality corollary of "self-actualizing personality" and "subjectivity of personality" phenomena on a concrete psychological level is substantiated. Basic features of self-actualization (self-sufficiency and time competence) are dealt with in more detail as internal conditions of this process. There is the attempt of definition and explanation of self-actualization concept in a new way based on analyzing and according to present scientific standards.

Keywords: self-actualization, self-realization, characteristics of self-actualization, time competence, internal support, self-sufficiency, individuality, self-determination, psychological freedom, responsibility, ability to make a choice, subjectivity of personality, self-determination source, self-actualization levels.

- Abul'khanova K.A.* Psikhologiya i soznanie lichnosti (Problemy metodologii, teorii i issledovaniya real'noj lichnosti): izbrannye psikhologicheskie trudy. M.: Moskovskij psikhologo-sotsial'nyj in-t; Voronezh: Izd-vo NPO "MODEHK", 1999. 224 s.
- Abul'khanova-Slavskaya K.A.* Strategiya zhizni. M.: Mysl', 1991. 294 s.
- Antsyferova L.I.* Psikhologiya formirovaniya i razvitiya lichnosti // Chelovek v sisteme nauk. M.: Nauka, 1989. S. 426—433.
- Akhiezer A.S.* Ob osobennostyakh sovremennogo filosofstvovaniya (Vzglyad iz Rossii) // Voprosy filosofii. M., 1995. № 12. S. 3—20.
- B'yudzhenal' Dzh.* Iskusstvo psikhoterapevta / Per. s angl. i obshhaya redaktsiya M.R. Mironovoj SPb. Izd. 3-e, mezhd. SPb: Piter, 2001. 304 s.
- Vesna E.B.* Psikhologicheskie zakonomernosti i mekhanizmy protsessa sotsializatsii-individualizatsii v ontogeneze: dis. ... d-ra psikhol. nauk. M., 1998. 490 s.
- Vesna E.B.* Ponyatiya "lichnost'" i "individual'nost'" v ponyatijnom prostranstve, opisyvayushhim cheloveka // Mir psikhologii. 1999. № 4. S. 279—295.
- Gozman L.Ya., Kroz M.V., Latinskaya M.V.* Samoaktualizatsionnyj test. M.: Rospedagentstvo, 1995. 44 s.
- Gorodilova E.N.* (Rastorgueva E.N.). Samoaktualizatsiya i ee svyaz' s integral'noj individual'nost'yu: dis. ... kand. psikhol. nauk. Perm', 2002. 199 s.
- Eliseev O.P.* Praktikum po psikhologii lichnosti: uchebnoe posobie. SPb: Izd-vo "Piter", 2000. S. 119—141.
- Kaliteevskaya E.R.* Psikhologicheskoe zdorov'e kak sposob bytiya v mire: ot ob'yasneniya k perezhivaniyu // Psikhologiya s chelovecheskim litsom: gumanisticheskaya perspektiva v postsovetsoj psikhologii / Pod red. D.A. Leont'eva, V.G. Shhur. M.: Smysl, 1997. S. 231—238.
- Kon I.S.* Postoyanstvo i izmenchivost' lichnosti // Psikhologicheskij zhurnal, 1987. № 4. S. 126—136.
- Kochunas R.* Osnovy psikhologicheskogo konsul'tirovaniya. M.: Akademicheskij proekt, 1999. 240 s.
- Leont'ev D.A.* Samorealizatsiya i sushhnostnye sily cheloveka // Psikhologiya s chelovecheskim litsom: gumanisticheskaya perspektiva v postsovetsoj psikhologii / Pod red. D.A. Leont'eva, V.G. Shhur. M.: Smysl, 1997. S. 156—176.

- Leont'ev D.A.* Psikhologiya smysla: priroda, stroenie i dinamika smyslovoj real'nosti. M.: Smysl, 1999. 487 s.
- Maslou A.* Motivatsiya i lichnost' / Per. A.M. Tatlybaevoj. SPb.: Evraziya, 1999. 478 s.
- Maslou A.* Psikhologiya bytiya: per. s angl. M.: "Refl-Buk"; K.: "Vakler", 1997. 304 s.
- Perlz F.* Geshtal't-seminary. M.: In-t obshhegumanitarnykh issledovanij, 1998. 330 s.
- Perlz F.* Geshtal't-podkhod i Svidetel' terapii: per. s angl. M.: Libris, 1996. 235 s.
- Petrovskij V.A.* Fenomen sub'ektnosti v psikhologii lichnosti: avtoref. dis. ... d-ra psikhol. nauk. M., 1993. 76 s.
- Polubabkina N.I.* Samorealizatsiya lichnosti: dis. ... d-ra filosof. nauk. M., 1995. 350 s.
- Tsyreva L.A.* Samorealizatsiya lichnosti kak predmet filosofskogo issledovaniya: avtoref. dis. ... kand. filosof. nauk. M., 1992. 26 s.
- Shostrom Eh., Brammer L.* Terapevticheskaya psikhologiya. Osnovy konsul'tirovaniya i psikhoterapii: per. s angl. SPb.: Sova; M.: Ehksmo, 2002. 624 s.
- Allport G.W.* The person in psychology: Selected essays. Boston: Beacon Press, 1968.
- Desi E. and Ryan R.* The General Causality Orientations Scale: Self-Determination in Personality In Research in Personality, 1985. Vol. 19. P. 109—134.
- Harre R.* Personal being. Oxford: Blackwell, 1983.
- Tageson W.* Hymanistic psychology: a synthesis. Homewood (Ill.): The Dorsey Press, 1982.

ФЕНОМЕН НЕОГРАНИЧЕННОГО СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ИСТОРИЧЕСКОМ КОНТЕКСТЕ РАЗНЫХ ТИПОВ СЕКСУАЛЬНОЙ КУЛЬТУРЫ

М.А. КОНИНА, А.Б. ХОЛМОГорова

Статья представляет обзор типов приемлемого сексуального поведения в разных культурах на разных исторических этапах, включая современный. Неограниченность сексуального поведения (промискуитет) в данной статье рассматривается как феномен современной культуры, обусловленный изменением статистической нормы сексуального поведения в сторону увеличения количества партнеров (нормирование промискуитета) и тенденцией рассматривать промискуитет как стратегию социального выбора (Schmitt, 2005; Penke, Asendorpf, 2008; Кониная, Холмогорова, Сорокова, 2014). В статье обосновывается ведущая роль культурно-исторических факторов в нормировании такого поведения. Феномен сексуальной неограниченности рассматривается в историческом контексте на примере разных жанров литературы, публицистики, кино; анализируются распространенные формы сексуального поведения в культурах разных эпох, а также связь допустимых проявлений сексуального влечения и его реализации в в разные исторические периоды, включая современный.

Ключевые слова: неограниченность сексуального поведения, промискуитет, культура сексуального поведения, нормы сексуального поведения, культурно-исторический контекст.

Неограниченное сексуальное поведения как феномен современного общества

Неограниченное сексуальное поведение (сюда включают раннее начало сексуальной жизни, общее большое число сексуальных партнеров и промискуитет — неупорядоченные сексуальные связи) является феноменом культуры в современном обществе и изучается как одна из распространенных социально-сексуальных стратегий. По данным крупнейшего в истории человечества исследования (в нем приняли участие 17 837 респондентов 56 стран), неограниченное сексуальное пове-

дение на сегодняшний день является одним из вариантов нормы [Schmitt, 2005]. Популяционное исследование российской выборки [Кони́на, Холмогорова, Сорокова, 2014] показало, что среди российских пользователей интернета 16,7% от общего числа опрошенных имеют 5 и более сексуальных партнеров в год, т.е. их сексуальное поведение приближается к промискуинному. Промискуитет вышел за рамки сексологии и становится явлением «на стыке» наук, требующим изучения в первую очередь с точки зрения его социальных масштабов. Чтобы понять причины и источники анализируемого феномена, его необходимо рассматривать в культурно-историческом контексте.

С выбором неограниченных социально-сексуальных стратегий связывают разрушение института семьи и брака [Эйзлер, 2011], патологизацию психики и асоциальное поведение [Перин, 2009; Уэльбек, 2011; Максимов, 2011; Максимов, Холмогорова, 2009], резкое снижение здоровья в масштабах популяций [thelancet.com, 2013].

С конца 1990-х гг. по настоящее время идет поиск факторов выбора этой социальной стратегии: найдены корреляции между неограниченным сексуальным поведением и такими личностными чертами, как экстраверсия и уступчивость [Wright, Reise, 1997]; выявлена связь неограниченного сексуального поведения и сексуального принуждения [Westerlund, 2010]; доказано, что у мужчин эта социальная стратегия коррелирует с более высоким уровнем сексуальной агрессии, наличием состязательных установок в сексе, и более консервативным отношением к женщине, а у женщин — с фантазиями на тему сексуального доминирования и более низким уровнем сексуальной консервативности [Yost, Zurbriggen, 2006]. Полигамный тип родительской семьи является одним из факторов выбора подростками неограниченной сексуальности в качестве социальной стратегии [Owuamanam, Bankole, 2013]. На выборке 492 человека [Кони́на, Холмогорова, Сорокова, 2014] было показано, что патология личности является только одним из возможных факторов выбора стратегии неограниченности. Данные исследования позволяют предположить, что в большей степени промискуинное сексуальное поведение является следствием патологического влияния культуры, представляющей такое поведение не просто как приемлемое, но и как предпочтительное.

Для анализа истоков феномена сексуальной неограниченности представляется важным рассмотреть сексуальное поведение в культурно-историческом контексте, проанализировать распространенные формы сексуального поведения в культурах разных эпох, а также связь допустимых проявлений сексуального влечения и его реализации в истории, включая современный период.

Культура и нормы сексуального поведения

Существуют разные подходы к анализу сексуальной культуры. Ряд исследователей рассматривают сексуальную культуру в узком смысле — как совокупность знаний, навыков и умений, касающихся совершений самого полового акта и соответствующего общения [Борисенко, 2009; Ковалев, Гуревич, 2012]. О системе стандартов и норм, регулирующих сексуальное поведение говорят И.С. Кон [Кон, 1988] и В. Каган [Борисенко, 2009]. И.С. Кон также подробно обращается к символике сексуальной культуры, анализирует обряды и обычаи, посредством которых оформляются события, значимые для участников (брачные обряды, инициации, праздники) — показывает архаические истоки феноменов современности. Ряд исследователей, описывая сексуальную культуру, сравнивают различные эпохи с их моральными приоритетами [Дерягин, 2009; Борисенко, 2009]. Ю.В. Борисенко предлагает выделять три периода развития сексуальной культуры человека: 1) архаично-языческий, 2) запретительно-репрессивный, 3) современный, — связывая историю развития сексуальной культуры непосредственно с развитием сексологии. Г.Б. Дерягин предлагает типологию сексуальных культур по характеру сексуального поведения: аполоновский тип, либеральный тип, «бедности», «любовников», оргастический мистический, репрессивный, пуританский. Философская мысль, в недрах которой зарождается психология, ведет отсчет рождения сексуальной культуры от первых литературных памятников Античности (в частности, указывая на знаменитый трактат Платона о любви, в том числе половой, — «Пир» [Платон, 1992]), опирается на философские и литературные труды и общепринятую периодизацию культурных эпох [Мир и эрос, 1991].

Объединяя некоторые подходы, и дополняя фактами современной действительности, художественной литературы и кино, попробуем выборочно указать на некоторые особенности сексуального сознания и поведения людей, и проследить связи с сексуальной культурой эпохи и ее культурно-историческим контекстом в целом, а также между чертами сексуальных культур разных эпох и сексуальной культурой современно-го человека.

И.С. Кон говорит о том, что главный принцип, который лежит в основе любой сексуальной культуры — это принцип регуляции, нормирования, состоящий из ограничений и запретов на определенные виды поведения и положительных предписаний, указывающих, как можно и должно себя вести [Кон, 1988]. По этому самому общему принципу он предлагает делить все сексуальные культуры на *антисексуальные* и *про-сексуальные*, или *репрессивные* (строгие) и *пермиссивные* (терпимые).

Сексуальное поведение в историческом аспекте

Периодизация сексуальной культуры тесно связана с периодизацией культуры в целом. Так, самым ярким примером репрессивной сексуальной культуры является культура Средневековья, которой были свойственны репрессивные проявления разного рода (поговорим о ней как о запретительно-репрессивном периоде, позже). Тем не менее, оба крайних варианта сексуальной культуры сосуществуют уже в *языческом мире*. Папуасы племени манус считали половую близость даже между супругами позорной и унижительной. У женщин этого народа половая жизнь вызывала отвращение, они терпели ее только ради продолжения рода. Возбудимость мужчин считалась проявлением животности и грубости, внебрачные связи — преступлением и грехом. У народов полинезии, напротив, идеал красоты откровенно эротичен. Половые проблемы свободно обсуждаются, выражаются в танцах и песнях. Большое значение придается сексуальному удовлетворению в браке, внебрачные связи также допускаются [Кон, 1988].

По сути, упомянутый нами выше трактат «Пир» Платона является гимном просексуальной культуре. Для Платона духовная и телесная любовь едины, а сексуальное наслаждение является источником поэтического и философского вдохновения. Различие полов не является условием любовных отношений (гомосексуальная любовь не просто возможна: «самых лучших из мальчиков и юношей» «влечет ко всему мужскому» [Мир и эрос, 1991, с. 19]. Просексуальность античной культуры очевидно является лишь одной из черт этой в целом перmissive эпохи, характеризующейся демократизмом, малой религиозностью, преклонением перед образованностью, прославлением активности человека, состоятельностью, свободы человека, полноты и разнообразия жизни.

Просексуальность античной культуры имеет свое продолжение и в теории гедонизма (родоначальник — ученик Сократа Аристипп, V—IV в. до н.э.), провозглашающей наслаждение единственной целью жизни и абсолютным благом, а получение чувственного удовольствия смыслом жизни; и в рассуждениях врача Гиппократ (V—IV в. до н.э.) о нежелательности сексуального воздержания (Гиппократу принадлежит идея продления жизни через обмен выделениями во время полового акта мужчины и женщины, и передачи «мужественности» через семя взрослого мужчины подростку [Борисенко, 2009].

Несмотря на существование в античном мире иных по духу теорий (Аристотель (IV в. до н.э.) считал, что поддаваться страстям — это примитивное поведение, недостойное человека, Эпикур (IV—III в. до н.э.) — что хорошее самочувствие возможно только в свободе от собственных желаний), в историю сексуальной культуры античная эпоха

вошла как просексуальная. Со ссылкой на Античность, наиболее полно воплотившей идеи просексуальности, Г.Б. Дерягин именует этот тип культуры — *апполоновским типом* [Дерягин, 2009], имея ввиду характерное для античного общества свободное половое поведение, а также преклонение перед телесной красотой и свободой человека.

В современном мире такой тип сексуальной культуры распространен в Японии и среди коренных жителей некоторых островов Тихого океана, где сексуальность рассматривается наравне с другими потребностями человека, ограничения, связанные с половыми отношениями, отсутствуют. Отдельные составные части этой культуры прослеживаются также в современных движениях натурализма¹, в некоторых религиозных сектах (адамиты) [Дерягин, 2009].

Следуя логике, отнесем культуру *оргаистическую* [Дерягин, 2009] к крайней форме просексуальных культур. Ее рождение и расцвет происходит во времена Рима (ярко и масштабно воплотил этот тип культуры Тинто Брасс в своем скандальном фильме «*Калигула*» (1979)), но в тех или иных формах она «возвращается» и существует и по сей день. Оргаистическая культура абсолютизирует удовольствие как цель сексуального сношения, причем, в отличие от «апполоновской» культуры, она нормализует любые девиантные формы сексуальных контактов, в частности, групповые половые акты. Говорят об оргаистической культуре придворной среды, аристократии и богемы Нового времени, коммун хиппи, городских субкультур... Многие авторы указывают на то, что оргаистическая культура сопутствует эмоциональному кризису или распаду общества [Перин, 2009]. Вспоминается сборник новелл Боккаччо «*Декамерон*» в котором, описываются стихийные сексуальные оргии фактически «на чумных трупах». Не случайно, что рождение оргаистической культуры происходит во времена, предшествующие падению Римской Империи, когда кризисные явления затронули всю культуру в целом — пропадает интерес к наукам и искусствам, происходит обращение к мистике и суевериям.

Современное кино и литература изобилуют примерами «оргаистики». Достаточно вспомнить фильм «*С широко закрытыми глазами*» С. Кубрика (для ценителей тонкой эстетики «разврата») или шокирую-

¹ *Натурализм* (от лат. *natura* — природа) — течение, в основе которого лежит максимальное приближение человека к природе для оздоровления тела и духа, практика совместной наготы с целью развить уважение к себе и к людям. Натурализм часто отождествляют с нудизмом (от лат. *nudis* — обнаженный), однако сами участники движения себя с натурализмом не отождествляют: большинством нудистов движет лишь ощущение комфорта, а не философия. URL: <http://ru.wikipedia.org/wiki/Натурализм>

щий откровенностью роман В. Тассо², во множестве физиологических подробностей живописующей массовые половые контакты и специальные тайные мероприятия, организованные для последователей оргастической субкультуры. Можно сказать, этот тип культуры, представляющий эмоциональные и физиологические крайности, живуч в литературе, искусстве и сознании современного человека. Иными словами, оргастические черты присущи в той или иной степени и современным культурам, сексуальная оргастика является лишь одним из следствий общей эмоциональной пресыщенности.

Сексуальная культура связана не только с социальной культурой, но и с ее территориальными корнями. Так называемая «*мистическая*» сексуальная культура [Кон, 1988; Мир и эрос, 1991] более проявлена в культурах Востока. Здесь сексуальное поведение становится формой реализации духовных и философских предписаний. В ведических, тантристских и индуистских текстах чувственность рассматривается главным образом как средство духовного самораскрытия и освобождения человека. Многие авторы указывают на то, что культура Востока оказала ограниченное влияние на сексуальную культуру Запада, отчасти связывая это с тем, что долгие годы сравнительно небольшая часть философского наследия Востока была переведена на европейские языки [Мир и эрос, 1991]. Может быть, поэтому зачастую тантрическая философия ощущается человеком западной культуры как одна из сексуальных практик, хотя и весьма привлекательная с точки зрения приобретения определенных навыков получения чувственного и телесного удовольствия, но имеющая весьма сомнительную духовную ценность. В настоящее время переживает активное возрождение ведическая культура³, предлагающая «набор» «мужских» и «женских» паттернов для достижения гармонии в межполовом общении. Лекции О.Г. Торсунова, заполонившие интернет-пространство, популярны и имеют многочисленных последователей (torsunov.ru)⁴.

Репрессивная культура является не только одним из типов, но и следующим *историческим периодом* в развитии сексуальной культуры Запада. В Средние Века философия в Европе стала почти полностью религиозной, вспомогательной дисциплиной при богословии. Утвердилось резко отрицательное отношение и к половой любви, и к женщине, на которую возложили ответственность за «соблазнение Адама». Запретительная культура стремится практически к полному подавлению сексу-

² По роману Валери Тассо снят фильм «Дневник нимфоманки», 2008.

³ Ведическая культура — это индийская культура, основанная на древних священных текстах «Ведах».

⁴ Официальный сайт О.Г. Торсунова. URL: <http://www.torsunov.ru/ru/index.html>

альности, что выражается в строгих запретах на внебрачные и добрачные связи, единственной целью полового акта полагают продление рода. При этом подавляются не только сексуальные проявления человека, но и любые проявления свободы, творчества. Философия и искусство почти полностью подчинены религии. В одном из самых великих, «живых», лирических памятников средних веков, своей «Исповеди», богослов Августин Блаженный осуждает любовные увлечения молодости, настаивая на том, что истинная любовь возможна лишь в Боге [Мир и эрос, 1991]. Великий русский философ Н.А. Бердяев, проанализировав всю христианскую духовную литературу средних веков, нашел только у одного автора (Мефодий Потарский, IV в.) оправдание полового акта и возведение его в ранг Божественного. Остальные рассматривали его как неизбежное зло, «грех», отказ от сексуальной жизни считался проявлением величия [Билич, 2007].

Представления о сексуальности и ее проявлениях становятся чем-то «нечистым», греховным. Тело человека противопоставляется его духовности и рассматривается как источник «грязных» потребностей. Практически отсутствует система сексуального воспитания. Особенностью культуры того времени было распространенное представление о демонологической природе сексуальности. Девиации наказываются вплоть до лишения жизни, распространено сжигание на костре. Описан связанный с религиозным подавлением чувственности феномен сексуальной культуры средневековья. Болезненная сексуальность девушек, не находящая удовлетворения, выплескивается в религиозно-половом экстазе: описаны массовые случаи заявлений истеричек о сношении с дьяволом, беременности от него и участия в шабаше ведьм [Психология любви и сексуальности, 2005].

С одной стороны, характеристиками сексуального поведения в репрессивной культуре становятся: моногамия, скованность, стыдливость полового поведения, патриархальность, высокая оценка девственности, негативное отношение к гомосексуализму, большая сексуальная свобода мужчин, пассивность женщин. С другой стороны, вынужденная невежественность человека в вопросах пола и суровость трудновыполнимых предписаний способствуют девиантности сексуального поведения: такой как проституция, сожителство со священнослужителями и т.п. *Расцвет проституции в репрессивных культурах* — явление имеющее свои аналоги и в современном мире. Неслучайно сегодня самым крупным центром мировой проституции является мусульманская страна, одевающая женщину в паранджу и строго запрещающая «гражданские браки», даже среди эмигрантов, — Объединенные Арабские Эмираты.

Тем не менее, репрессивная сексуальная культура (по аналогии с действием механизма любой «цензуры»), рождает *новые формы и виды* проявления сексуальности и *эротизма*. Исследователи отмечают рождение особенной, утонченной, романтизированной чувственности (письма Пьера Абеляра и Элоизы, [Мир и эрос», 1991], изобретение «сублимированного желания» [Психология любви и сексуальности, 2005].

Для большинства авторов очевидна некоторая «патологичность» на обоих крайних полюсах сексуальности, в частности, распространенность «вытеснения» становится причиной индивидуальных и коллективных неврозов [Психология любви и сексуальности, 2005], что станет необходимой почвой для рождения новой теории личности Зигмунда Фрейда [Фрейд, 2006, 2010, 2012], поставившей в центр сексуальную проблематику.

Репрессивная (антисексуальная) культура имеет продолжение в так называемой «*пуританской*» (по названию английского религиозного течения, XIV в.) культуре, *культуре «пиеетистов»* (возникла внутри лютеранства, XIV в.) и тесно связана с религиозными ограничениями разных конфессий; она имела широкую сферу влияния в мещанских социальных кругах вплоть до XIX в.. Культура всех этих эпох были присущи репрессивные черты и подчиненность религиозному мировоззрению.

Новое время (считается началом *современного этапа*) — переломная точка в развитии сексуальной культуры. Эпоха Возрождения «возвращает» человеку ощущение «свободного» античного духа, происходит постепенное, а затем бурное «освобождение» сознания человека и его сексуального сознания: на многих «полюсах» рождаются новые теории и *даже целая наука, посвященная вопросам пола (1836 год — год рождения сексологии⁵)*, которая затем переживает бурное развитие, обогащаясь психиатрическими и психологическими теориями), намечается движение к мультикультурной сексуальности.

В сексуальную культуру приходят «новые герои» как носители новых типов сексуального поведения. Литературным родоначальником так называемой *культуры «любовников»* можно считать Дон Жуана. Новый тип сексуального поведения характеризуется распространенностью «двойных» моральных стандартов, осуждающих открытые проявления сексуальности, но допускающих отдельные — скрытые — проявления «сексуальной свободы», в том числе супружескую измену (для сравнения: по законам древней Эллады и Римской республики муж, заставший жену на месте преступления, имел право ее убить [Russell, Cohn, 2012].

⁵ По дате опубликования в Париже трактата Клода Лаллемана «О произвольных потерях семени» [Васильченко, 2005].

Культура «любовников» оказывается очень привлекательной быстро получает широкое распространение. Вслед за Дон Жуаном «на сцену» выходят: Казанова, Ловелас, Вальмон⁶, Маркиз де Сад, которые становятся гораздо аморальнее своего предшественника, все более девиантны (Де Сад). С культурой «любовников» тесно связано так называемое *либертинство*⁷ XVIII в., когда «двойные» моральные нормы превращаются в их полное отсутствие.

Сам Дон Жуан оказывается невероятно «живуч»: вплоть до XX в. проявляются его «клоны» — «романтики, скептики, пессимисты и даже идеалисты»⁸. Экзистенциальный (психологический) феномен Дона Жуана пытается осмыслить Альбер Камю, говоря о том, что герой является «продуктом» социума: «Он кажется нам безумцем, но на самом деле он бесконечно мудр. В мире, где щедрость торжествует над добротой, молчание — над нежностью, а смелость — над сочувствием, плохо приспособлен к жизни тот, кто живет надеждой» [Камю, 2000, с. 80]. Таким образом, «промискуинность» возводится в ранг социального феномена, обретает экзистенциальную символику. Но при этом экзистенциальные корни сексуальной проблематики безусловно перекликаются с экзистенциальной проблематикой культуры эпохи, поставившей вопрос об абсурдности человеческого бытия и поиске его новых смыслов.

В каком-то смысле Дон Жуан — «дедушка» более поздней культуры «пикапа» (съема) или, точнее, «пикапера» — «самца Альфа» — современного носителя идеи неограниченности полового поведения — множественной смены партнерш — более полной (сексуальной) реализованности.

В то время как литература и философия изобилуют образцами «любовников» (и «любовниц»: «Мадам Бовари», «Анна Каренина»...), формируя сознание образованного человека, народные нравы практически не меняются. На другом полюсе находится так называемая *культура «бедности»* (название условно: сексуальная культура, о которой пойдет речь, коренится в пролетарской и крестьянской среде, но все еще широко распространяется и на другие социальные слои). В «*Крейцеровой сонате*» Л.Н. Толстого показано, что даже среди дворянства идеи о сво-

⁶ По роману Лакло «Опасные связи» снято несколько фильмов. В одном из них роль Вальмона блестяще исполнил Джон Малкович.

⁷ *Либертинизм*, или *либертинаж* (от фр. *libertinisme, libertinage*) — название философии, отрицающей общепринятые в обществе нормы, прежде всего моральные, культура распространена в XVII—XVIII вв. среди представителей высшей знати, в XVIII—XIX вв. — во Франции и Англии. В наше время ассоциируется с садомазохизмом, нигилизмом, со «свободной любовью», свингерями. URL: <http://ru.wikipedia.org/wiki/Либертинизм>

⁸ URL: http://ru.wikipedia.org/wiki/Дон_Жуан

боде женщин продолжают соседствовать с невежеством и насилием в половой и семейной жизни. Среди купечеств в России новая сексуальная культура до сих пор абсолютно неприемлема (купец здесь, разумеется, говорит от лица нескольких социальных классов, представляя сексуальную культуру «бедности», все еще сохраняющую сильные позиции в обществе): «Да убоится жена своего му-у-жа» [Толстой, 2012, с. 119]. Влияние христианских представлений, патриархальных традиций, плохая осведомленность в вопросах сексуальности, почти полное отсутствие сексуального воспитания, в том числе, и в семье, характерно для культуры «бедности» в целом.

Половой шовинизм и отсутствие сексуального воспитания привели к всплеску сексуальных проблем и неврозов, что навело З. Фрейда на мысль, что все невротические проблемы обусловлены сексуальными нарушениями. Анализируя феномен невероятной популярности теории З. Фрейда, предвосхитившей эпоху «сексуальной революции», Э. Фромм обращается к характеристике социальных и культурных факторов времени. С одной стороны, высокий интерес к вопросам сексуальности был обусловлен строгими нравами предшествующей эпохи, с другой, — расширением рынка капиталистического общества, когда «удовлетворять любое желание безотлагательно стало преобладающей тенденцией, как в сексуальной сфере, так и в сфере всякого материального потребления» [Фромм, 2012, с. 155].

Вклад З. Фрейда в культуру секса состоит прежде всего в том, что он *привлек широкое общественное и научное внимание к проблеме значимости сексуальности для психического и физического здоровья человека*. По Фрейду, сексуальность — основа мотивации всей деятельности человека. Нет личности без сексуальной сферы, нет секса без личностного контекста — постулировал Фрейд, — подавление сексуальности порождает неврозы личности, а половые девиации и перверсии — не являются патологией! По сути, именно Фрейд наметил движение в сторону свободного выражения сексуальности и нового типа сексуального поведения — позже получившего название «*либерального*» [Дерягин, 2009].

Либеральный тип полового поведения подразумевает терпимость в отношении широкого разнообразия проявлений сексуальности, отсутствие принуждения к определенным нормативным формам. В то же время, этот тип культуры не рассматривает сексуальность строго как естественную, биологическую составляющую жизни человека, сексуальность в нем является одной из важных составляющих социальных взаимоотношений. Меняется общественное мнение о сексуальном поведении. На Западе, а потом и в России, происходит «*сексуальная революция*», которая тесно связана с демократическими веяниями и движениями культуры

XX в. — процесс «сексуальных реформ», начавшийся социальным (и сексуальным) раскрепощением женщин, а затем — гомосексуалистов и лесбиянок, прогрессом в сфере полового воспитания, возникновением сексуальной терапии. Некоторые вехи «сексуальной революции» изложены в романе Мишеля Уэльбека «Элементарные частицы» [Уэльбек, 2011]. Появление нового поколения контрацептивных средств (противозачаточных таблеток) раскрепостило женщин и уравнило их в сексуальном поведении и сексуальной свободе [Борисенко, 2009]. Получают распространение феминистические движения (один из ярчайших литературных памятников, поставивший в центр судьбу героини-феминистки, наиболее полно и художественно отразивший суть явления и духа времени — роман Джона Ирвинга «*Мир глазами Гарпа*» (1978))⁹.

Культура сексуального поведения на современном этапе

Среди основных характеристик современной культуры исследователи называют ее все нарастающую неограниченность — потерю границ идентичности, связанную с влиянием массовых информационных технологий [Тхостов, Емелин, 2010], ее компилятивность [Бодрийяр, 2012, 2013], т.е. копирование уже созданных другими культурами образцов и создание новых компоновок из них, неспособность к порождению новых смыслов. Эти черты современной культуры можно проследить и в контексте сексуальной культуры. *В обществе процветают все типы сексуального поведения* (компилятивность — Авт.). «Пуританская» культура отходит на периферию (но тем не менее продолжает задавать жесткую норму поведения в некоторых странах (мусульманских) и некоторых социальных кругах). На Западе наступают времена «мультикультурного» «неограниченного» сексуального поведения: апполоновская, оргиастическая, мистическая, «двойных стандартов» («либертинная», как отрицающая стандарты) и либеральная культуры — все представлены в поведении современного человека.

Неограниченное сексуальное поведение (в узком смысле — частая смена половых партнеров, иначе — *промискуитет* (от лат. *promiscuius* — смешанный, общий, в широком смысле слова означает неупорядоченные, хаотичные половые связи) становится одним из ярких феноменов социально-культурного масштаба, по нашему предположению, в большей степени потому, что *находится на стыке* всех представленных (допустимых/желательных, почти всех возможных) современному человеку типов сексуальных культур, но также и потому, что неограниченность является одной из характеристик измененной

⁹ Экранизирован в 1982 г.: «Мир по Гарпу», США, реж. Джордж Рой Хилл.

идентичности современного человека. Иными словами, частая смена половых партнеров, с одной стороны, является следствием измененных (с тенденцией к бесконечному расширению) личностных границ, а с другой — не противоречит ни одной из представленных на сегодняшний день современной культурой вариаций половой нормы (кроме самой малораспространенной и «непопулярной» — «пуританской»), и более того — в литературе, кино, масс-медиа богато представлены яркие, волнующие, живописные образцы полового поведения, отрицающего все стандарты и ограничения.

С момента написания Россом Джеффрисом (под псевдонимом Грегори Мэдисон) книги «Как затащить в постель женщину своей мечты» (1992) промискуитет становится мейн-стримом сексуального поведения, «пикап» (от англ. *pick up* — разг. познакомиться) — знакомство в целях соблазнения — за считанные годы обретает миллионы последователей, и быстро распространяется по миру. В настоящее время «пикап» трактуется его идеологами, как «искусство духовного, физического и психологического развития»¹⁰, к движению примкнули женщины, о чем свидетельствует появившийся на популярном российском «пикап»-форуме специальный «женский» раздел: «Как познакомиться и соблазнить мужчину»¹¹.

Роман Мишеля Уэльбека «Элементарные частицы» (1998) представил почти все возможные формы современной сексуальной культуры — все они изображены на полюсе половой неограниченности: оргастические субкультуры современной «богеми», коммун «хиппи», эзотерико-религиозные практики... Интересно отметить, что Мишель Уэльбек показывает, как в искаженных формах в сексуально-неограниченную культуру включаются даже психотерапевтические практики: «послеобеденная программа предоставляла ему выбор между чувствительным гештальт-массажем, освобождением голосовых связок и перерождением в горячей воде. Кстати, массаж по своему характеру был как нельзя более hot, горяченький» [Уэльбек, 2011, с. 135].

Принято критиковать З. Фрейда, указывая на то, что он преувеличил значимость сексуального в личности. По сути же, речь идет о смене социально-культурного контекста времени. Переживший «революцию» отношения к вопросам пола и полную «вседозволенность» проявления своих влечений субъект обретает совершенно иную проблематику. Американский психотерапевт Ролло Мэй описавший ее в 1969 г. в своем знаменитом романе «Любовь в воля» [Мэй, 2011], который до сих пор

¹⁰ В русский язык термин введен Сергеем Огурцовым уже в 1995 г. URL: [http://ru.wikipedia.org/wiki/Пикап_\(соблазнение\)](http://ru.wikipedia.org/wiki/Пикап_(соблазнение))

¹¹ URL: <http://forum.pickup.ru>

остается актуально значимым¹². Половая любовь теряет свою чувственную составляющую, происходит «отчуждение» — разделение секса и эроса. Будучи неспособен вступать в сексуальный контакт «всей полной своей личности», человек остается одинок и опустошен, что ведет к формализации полового акта и закономерному финалу — невозможности получить от секса даже физическое (не говоря уж о чувственном) удовлетворение.

По сути, именно идея «отчуждения», связанная с количественным аспектом сексуального партнерства (обратный процесс: качество переходит в количество), звучит в современном кино, в периодике, поднимающей вопросы взаимоотношения полов. В нашумевшем фильме «Стыд» (2011), герой успешен в карьере и «неограничен» в сексуальном поведении, но не способен соединить свое едва возникшее эротическое, чувственное влечение с давно уже механизированным, «обездушенным» половым актом. Привыкший «отчуждать», он оказывается фактически «болен», когда пытается поменять привычное поведение. Одиночество, порносайты и «отчужденный» секс с партнершами, априори не претендующими на большее — суррогат его чувственной жизни. Фильм «Стыд» оказался настолько созвучным времени, что вышел за стены обычных кинотеатров и приобрел «говорящего и рефлексирующего зрителя»: организовывались специальные камерные показы, в которых после просмотра пришедшие делились впечатлениями от увиденного, участвовали в спорах.

В 1937 г. родоначальница одного из направлений неотрейдизма — социологического психоанализа — Карен Хорни в своей работе «Невротическая личность нашего времени» [Хорни, 2001] писала: «Эти люди не только не могут верить в любовь, но приходят в полное смятение (или, если речь идет о мужчинах, становятся импотентами), если им предлагается любовь». И далее: «Если у человека выработалось убеждение, то для него практически исключена возможность получения любви, то тогда физический контакт может служить заменителем эмоциональных связей» [Хорни, 2001, С. 349]. Разница лишь в том, что в 1937 г. Хорни говорила о пациентах, в 1969 г. Ролло Мэй — о намечающейся тенденции; сегодня о «разделенной любви» как о явлении современной сексуальной культуры говорят все.

Осмысливая феномен сексуальной «неограниченности», говорят об аспекте поглощения личности «корпоративной культурой», перенесении «проектной» философии в сексуальное поведение. «...Сегодня мно-

¹² За роман «Любовь и Воля», ставший международным бестселлером, Ролло Мэй в 1970 г. получил специальную премию за эрудицию в понимании человека.

гие мужчины подходят к отношениям именно как менеджер — к проекту, у которого есть начало, кульминация, плато, завершение. Никаких романтических мыслей “она моя на всю жизнь”, даже “она моя” нет и в помине. Он хладнокровно завершает отношения, как менеджер закрывает отработанный проект» (из интервью с доктором психологических наук, практикующим психологом А.Ф. Бондаренко [Бондаренко, 2012]. Та же проблематика — в «фокусе» последнего фильма Романа Прыгунова («Duhless», 2012), снятого по одноименному роману русского писателя Сергея Минаева (2006), где «корпоративное мышление» и «отчужденный» секс противопоставлены эротической, чувственной составляющей сексуальности. Таков один из возможных путей «отчуждения» в сексе (через поглощение сексуальной культуры другим типом социальной культуры — «корпоративной» культурой).

Разрушаются социальные институты, регулирующие половую жизнь: брак и семью. На 2000 год в Дании и Швеции 52% женщин и 23% мужчин старше 65 лет живут в одиночестве. В Швеции рухнул легитимный брак. В противоположность недавнему прошлому, когда только 20% браков в Европе заканчивались разводом, сегодня разводом заканчивается каждый второй. Косвенно рост числа одиночек отражается в мировом градостроительстве: количество квартир для одиночек в Стокгольме — 60%, в Амстердаме — 54%, в Париже и Цюрихе — около 50%, в Берлине — 47% [Эйзлер, 2011]. Вспоминаются повторяющиеся неоднократно кадры фильма «*Стыд*»: голый герой, гулко шлепающий босыми ногами по своей пустой, безжизненной квартире.

Еще один вариант «отчуждения» — превращение секса в товар. Плата за секс не подразумевает необходимости «включаться в процесс» чувственно или «статусно». «*Проститутке платят не за то, что она делает, а за то, чтобы она потом ушла!*» — финальная фраза романа «Тайный дневник девушки по вызову» [Жур де Б., 2012, с. 490] — написанного одной из самых знаменитых сегодня девушек, продающей секс. Автор популярного, премированного¹³ секс-блога, сотрудница престижного университета Бристоля, известная в медицинских кругах доктор медицины Брук Магнатти (псевдоним Бель де Жур) совмещает работу «девушки по вызову» с написанием докторской диссертации. Героиня новейшего времени, Бель де Жур — не только ответ «мужской» культуре Дон-Жуанизма, это еще и феномен женской сексуальной культуры новейшего времени, превратившей секс в дорогой «товар», дающий женщине свободу и независимость. Самые красивые, эффектные и умные женщины, зарегистрированные на сайтах

¹³ Награжден редакционной коллегией газеты «Гардиан» как «Лучший блог 2003 года».

знакомств (mam-ba.ru, dating.ru)¹⁴ открыто и эффектно заявляют о том, что требуют «материальных вложений». По словам Арины Холиной, автора блога журнала «Сноб»: «...секс, разумеется, становится предметом торга» (snob.ru)¹⁵. Мужчины свидетельствуют о том, что им бывает проще «купить» секс за деньги, чем вступать в торг с женщиной, требующей чувств, внимания, времени.

«Мужчина как-то ослаб. Такое ощущение, что многие вполне довольны общением с фейсбуком, с любимым порноресурсом, а настоящий секс с живой девушкой — это уже почти миф»¹⁶. Социальные сети, портносайты, сайты знакомств *виртуализируют сексуальную культуру*. Для того, чтобы подыскать партнера для секса и договориться, сегодня не обязательно выходить из дома — достаточно просмотреть анкеты (mamba.ru, dating.ru и десятки подобных ресурсов предлагают такую возможность)¹⁵, выбрать девушку по фото, при желании заняться сексом по скайпу (что распространено), либо пригласить на свидание, зная почти наверняка, что оно закончится сексуальным контактом. Виртуальная субкультура сайтов знакомств предполагает большое количество «историй» одновременно: в один и тот же момент зарегистрированный пользователь может общаться с десятью—двадцатью предполагаемыми партнерами. Многие, пережив процесс множественного сексуального общения, навсегда остаются пользователями сайта, даже после того, как находят подходящего партнера и вступают в брак.

Среди особенностей современной сексуальной культуры указывают ее связь с нарушением психического здоровья (так, у Уэльбека герои попадают в психиатрическую лечебницу, кончают жизнь самоубийством [Уэльбек, 2011], с массовым всплеском преступности и девиаций на сексуальной почве [о сексуальной агрессии национальных меньшинств в современном обществе, проблематике современной детской порнографии, инцеста, педофилии и т.д. см.Перин, 2009]).

Таким образом, современная сексуальная культура, хаотично включившая в себя черты и убеждения культур разных исторических эпох, сегодня имеет ряд особенностей, среди которых пересекающиеся и связанные феномены: промискуинность, отчужденность, «проектность», виртуализация, «продажность», психопатологичность (вплоть до преступных форм воплощения). Не следует недооценивать того факта, что в современной сексуальной культуре наряду с современными особенностями и убеждениями, рожденными сегодняшним

¹⁴ URL: <http://dating.ru>; URL: <http://www.mamba.ru>

¹⁵ URL: <http://www.snob.ru/profile/9723/blog/58415>

¹⁶ Там же: URL: <http://www.snob.ru/profile/9723/blog/58415>

социальным устройством, актуально «живучи» почти все убеждения прошлого, которые зачастую создают противоречивые ментальные конструкты. Так, сильные феминистические установки могут соседствовать со «средневековым» убеждением о том, что женщина более низкое существо, чем мужчина. Или, наряду с осмысленной сексуальной неограниченностью в нас исключительно живучи яркие образы раннего Возрождения (и более поздних культур) о единственной любви и единственном партнере (на крайнем полюсе, вплоть до смерти — «Тристан и Изольда», «Ромео и Джульетта» и т.д.)... Или, как потом напишет об этом Зинаида Гиппиус:

Единый раз вскипает пеной
И рассыпается волна.
Не может сердце жить изменой,
Измены нет: любовь — одна.
Мы негодуем, иль играем,
Иль лжем — но в сердце тишина.
Мы никогда не изменяем:
Душа одна — любовь одна. [Гиппиус, 1991, С. 25]

Можно отметить две основные тенденции изменения сексуального поведения: с одной стороны, как мы указали выше, оно включает в себя все черты предшествующих эпох, вплоть до отдельных убеждений (в том числе, противоречивых, взаимоисключающих), с другой стороны, оно, идет по пути «отчуждения» из секса части личности, механизации, формализации процесса, включения его в иные виды социальной деятельности и культуры, повышения паталогизации.

Итак, в историческом контексте разных типов сексуальной культуры были нормированы разные типы сексуального поведения, на крайних полюсах представлены от полностью перmissive/неограниченной культуры сексуального поведения (апполоновская, оргастическая, мистическая, «двойных стандартов», культура «любowników», «либертинная», либеральная культуры и др.) до полностью репрессивной (пуританской, пиетистов, культура «бедности» и др.).

В современном обществе представлены все типы сексуального поведения (сексуальных культур) с явным преобладанием типов сексуального поведения и предпочтений на полюсе неограниченности (промискуинности). Как в современной науке, так и в современном искусстве звучит идея о том, что сексуальная неограниченность ведет к ряду специфических характеристик сексуальной сферы современного человека, среди которых «отчуждение», «проектность» (априори предполагаемый финал), разрушение социальных институтов, регулирующих половую жизнь (семья, брак), нормализация проституции и

включение сексуальных отношений в «товарообмен», виртуализация и множественность (не только последовательных, но и) параллельных сексуальных связей, противоречивость ментальных конструктов, связанных с сексуальным поведением.

Сексуальная культура с преобладанием общественно одобряемых норм на полюсе неограниченности, оказывает влияние на психику современного человека, навязывая промискуитет как самый очевидный и простой выбор в сфере межличностных отношений, видоизменяя и разрушая эту сферу, а также социальные институты, регулирующие ее.

ЛИТЕРАТУРА

- Билич Г.Л. Справочник по сексологии. М.: Издательство Оникс, 2007. 624 с.
- Боккаччо Дж. Декамерон. М.: «ННН», 1994. 712 с.
- Бодрийяр Ж. Прозрачность зла. М.: «Добросвет», «Издательство "КДУ"»; 2012. 260 с.
- Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть. М.: «Добросвет»; «Издательство "КДУ"», 2013. — 392 с.
- Бондаренко А.Ф. Мужчины на время и мужчины навсегда // Женский журнал, 2012. № 5.
- Борисенко Ю.В. Основы сексологии: учебное пособие. Ростов н/Д: Феникс, 2009. 247 с.
- Дерягин Г.Б. Криминальная сексология: Курс лекций для юридических факультетов. М.: Московский университет МВД РФ, Издательство «Щит-М», 2009. 552 с.
- Гиппиус З.Н. Стихи. Воспоминания. Документальная проза. М.: Наше наследие, 1991. 240 с.
- Жур де Б. Тайный дневник девушки по вызову. М.: Эксмо, 2012. 496 с.
- Камю А. Миф о Сизифе; Бунтарь / Пер. с фр. О.И. Скуратович. М: ООО «Попурри», 2000. 544 с.
- Ковалев С.В., Гуревич М.И. Сексология для всех. Ташкент, 2012. 240 с.
- Кон И.С. Введение в сексологию. М.: Медицина, 1988. 320 с.
- Кони́на М.А., Холмогорова А.Б., Сорокова М.Г. Феномен неограниченного сексуального поведения в современном обществе: патологические тенденции культуры или патология личности // Консультативная психология и психотерапия. М., 2014. № 2. С. 88—118.
- Максимов А.М. Психологические факторы нарушений полоролевой идентичности у подростков и юношей с асоциальным поведением: Дис. канд. психол. наук. М., 2011. 161 с.
- Максимов А.М., Холмогорова А.Б. Социальные и психологические аспекты феномена мужской проституции в современной культуре // Культурно-историческая психология. М., 2011. № 1. С. 80—89.
- Мир и эрос: Антология философских текстов о любви / Сост. Р.Г. Подольный. М.: Политиздат, 1991. 335 с.
- Мэй Р. Любовь и воля. М.: Издательство «Винтаж», 2011. 288 с.

- Общая сексопатология: Руководство для врачей / Г.С. Васильченко [и др.] / Под ред. Г.С. Васильченко. 2-е изд. М.: ОАО «Издательство Медицина», 2005. 512 с.
- Платон*. Пир / Пер. с древнегреческого С.К. Апта. СПб.: «Библиотека «Звезды», 1992. 64 с.
- Перин Р.Л.* Сексуальные отношения в деградирующем обществе. СПб.: «АПИ»; «Потаенное», 2009. 136 с.
- Психология любви и сексуальности. М.: Издательство «Искусство XXI век», 2005. 320 с.
- Русский Эрос, или Философия любви в России/ Сост. и авт. вступ. ст. В.П. Шестаков, коммент. А.Н. Богословского. М.: Прогресс, 1991. 448 с.
- Толстой Л.Н.* Крейцеров соната: Повести. СПб.: Азбука, Азбука-Аттикус, 2012. 352 с.
- Тхостов А.Ш., Емелин В.А.* От тамагочи к виртуальному ошейнику: границы нейтральности технологий // Психологические исследования, 2010. № 6 (14). URL: <http://www.psystudy.com/index.php/num/2010n6-14/400-tkhostov-emelin14.html> (дата обращения: 31.10.2014).
- Уэльбек М.* Элементарные частицы. СПб.: Азбука; Азбука-Аттикус, 2011. 384 с.
- Фрейд З.* Психоанализ и теория сексуальности: пер. с нем. М.: АСТ; Мн.: Харвест, 2006. 448 с.
- Фрейд З.* Психоаналитические этюды: пер. с нем. / Сост. Д.И. Донской, В.Ф. Круглянский, послесл. В.Т. Кондрашенко. 2-е изд. Мн.: «Попурри», 2010. 608 с.
- Фрейд З.* Введение в психоанализ: Лекции. СПб.: Питер, 2012. 384 с.
- Фромм Э.* Искусство любить. М.: АСТ; Астрель; Полиграфиздат, 2012. 223 с.
- Хорни К.* Самоанализ: пер. с англ. / Под ред. А. Боковикова. М.: Изд-во ЭКС-МО-Пресс, 2001. 448 с.
- Эйлер А.* Анатомия страсти. М.: Эксмо, 2011. 224 с.
- Associations between health and sexual lifestyles in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3) / Field N. [et al] // *The Lancet*, 2013, November. Vol. 382. № 9907, P. 1830—1844. doi:10.1016/S0140-6736(13)62222-9.
- Bhar S.S., Brown G.K., Beck A.T.* Dysfunctional beliefs and psychopathology in borderline personality disorder // *Journal of Personality Disorders*, 2008. № 22 (2). P. 165—177.
- Does unrestricted sociosexual behavior have a shared genetic basis with sexual coercion? / Westerlund M. [et al] // *Psychology, Crime and Law*, 2010, January-February. Vol. 16. P. 5—23.
- Owuatanam D.O., Bankole M.O.* Family type and attitude sexual promiscuity of adolescent students in Ekiti State, Nigeria. *European Scientific Journal*. 2013, June. Vol. 9. P. 171—177.
- Penke L., Asendorpf J.B.* Beyond global sociosexual orientations: A more differentiated look at sociosexuality and its effects on courtship and romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2008, Vol. 95, P. 1113—1135.
- Prevalence, risk factors, and uptake of interventions for sexually transmitted infections in Britain: findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal) / Sonnenberg P. [et al] // *The Lancet*, 2013, November. Vol. 382. № 9907, P. 1795—1806. doi:10.1016/S0140-6736(13)61947-9.

- Russell J., Cohn R.* Промискуитет. М.: Lennex Corp, 2012. 96 с.
- Seal D.W., Agostinelli G.* Individual differences associated with high-risk sexual behavior: implications for intervention programmes. *Aids care*, 1994. Vol. 6. № 4. P. 393—397.
- Sexual function in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3) / Mitchell K.R. [et all] // *The Lancet*, 2013, November. Vol. 382. № 9907, P. 1817—18129. doi:10.1016/S0140-6736(13)62366-1.
- Schmitt D.P.* Sociosexuality from Argentina to Zimbabwe: A 48-nation study of sex, culture, and strategies of human mating // *Behavioral and Brain Sciences*, 2005. № 28. P. 247—275.
- The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3) / Wellings K. [et all] // *The Lancet*, 2013, November. Vol. 382. № 9907, P. 1807—1816. doi:10.1016/S0140-6736(13)62071-1.
- Wright T.M., Reise S.P.* Personality and Unrestricted Sexual Behavior: Correlations of Sociosexuality in Caucasian and Asian College Students // *Journal of Research in Personality*, 1997, June. Vol. 31. № 2. P. 166—192.
- Yost M.R., Zurbriggen E.L.* Gender Differences in the Enactment of Sociosexuality: An Examination of Implicit Social Motives, Sexual Fantasies, Coercive Sexual Attitudes, and Aggressive Sexual Behavior // *The Journal of Sex Research*, 2006, May. Vol. 43. № 2. P. 163—173.

ФИЛЬМОГРАФИЯ

- Дневник нимфоманки*, Испания, 2008 / режиссер: Кристиан Молина.
- Духless*, Россия, 2012 / режиссер: Роман Прынугов, в ролях: Данила Козловский, Мария Андреева и др.
- Калигула*, 1979 / режиссер: Тинто Брасс.
- Мир по Гарну*, США, 1982 / режиссер: Джордж Рой Хилл.
- Опасные связи*, 1988 / режиссер:, в ролях: Джон Малкович, Мишель Пфайфер.
- Стыд* (Shame), США, 2011 / режиссер: Стив Маккуин, в ролях: Майкл Фассбендер, Кэри Маллиган.
- С широко закрытыми глазами*, 1999 / режиссер: Стенли Кубрик, в ролях: Том Круз, Николь Кидман.

THE PHENOMENON OF UNRESTRICTED SEXUAL BEHAVIOR IN THE HISTORICAL CONTEXT OF DIFFERENT TYPES OF SEXUAL CULTURE

M.A. KONINA, A.B. KHOLMOGOROVA

The article presents an overview of types of acceptable sexual behavior in different cultures at different historical stages, including modern. Unrestricted sexual behavior

(promiscuity) in this article is seen as a phenomenon of modern culture, which is caused by a change in the statistical norms of sexual behavior in the direction of increasing the number of partners (normalization of promiscuity), and tends to view promiscuity as a strategy of social choice (Schmitt, 2005; Penke, Asendorpf, 2008; Konina, Kolmogorov, Sorokova, 2014). The article explains the key role of cultural and historical factors in the standardization of such behavior. The phenomenon of unrestricted sexual behavior considered in the historical context with the examples of the different genres of literature, journalism, movies; analyzes the common forms of sexual behavior in cultures of different ages, as well as communication admissible forms of sexual desire and its realization in history, including the modern period.

Key words: unrestricted sexual behavior, promiscuity, sexual behavior, culture, sexual norms, cultural and historical context.

Bilich G.L. Spravochnik po seksologii. M.: Izdatel'stvo Oniks, 2007. 624 s.

Bokkachcho Dzh. Dekameron. M.: "NNN", 1994. 712 s.

Bodriyyar Zh. Prozrachnost' zla. M.: "Dobrosvet"; Izdatel'stvo "KDU", 2012. 260 s.

Bodriyyar Zh. Simvolicheskij obmen i smert'. M.: "Dobrosvet"; Izdatel'stvo "KDU", 2013. — 392 s.

Bondarenko A.F. Muzhchiny na vremya i muzhchiny navsegda // Zhenskij zhurnal, 2012. № 5.

Borisenko Yu.V. Osnovy seksologii: uchebnoe posobie. Rostov n/D: Feniks, 2009. 247 s.

Deryagin G.B. Kriminal'naya seksologiya: Kurs lektsij dlya yuridicheskikh fakul'tetov. M.: Moskovskij universitet MVD RF; Izdatel'stvo "Shhit-M", 2009. 552 s.

Gippius Z.N. Stikhi. Vospominaniya. Dokumental'naya proza. M.: Nashe nasledie, 1991. 240 s.

Zhur de B. Tajnyj dnevnik devushki po vyzovu. M.: Ehksmo, 2012. 496 s.

Kamyu A. Mif o Sizife; Buntar' / Per. s fr. O.I. Skuratovich. M.: OOO "Popurri", 2000. 544 s.

Kovalev S.V., Gurevich M.I. Seksologiya dlya vsekh. Tashkent, 2012. 240 s.

Kon I.S. Vvedenie v seksologiyu. M.: Meditsina, 1988. 320 s.

Konina M.A., Kholmogorova A.B., Sorokova M.G. Fenomen neogranichennogo seksual'nogo povedeniya v sovremennom obshchestve: patologicheskie tendentsii kul'tury ili patologiya lichnosti // Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. M., 2014. № 2. S. 88—118.

Maksimov A.M. Psikhologicheskie faktory narushenij polorolevoj identichnosti u podrostkov i yunoshej s asotsial'nym povedeniem: Dis. kand. psikhol. nauk. M., 2011. 161 s.

Maksimov A.M., Kholmogorova A.B. Sotsial'nye i psikhologicheskie aspekty fenomena muzhskoj prostitutsii v sovremennoj kul'ture // Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya. M., 2011. № 1. S. 80—89.

Mir i ehros: Antologiya filosofskikh tekstov o lyubvi / Sost. R.G. Podol'nyj. M.: Politizdat, 1991. 335 s.

Mehj R. Lyubov' i volya. M.: Izdatel'stvo "Vintazh", 2011. 288 s.

Obshhaya seksopatologiya: Rukovodstvo dlya vrachej / G.S. Vasil'chenko [i dr.] / Pod red. G.S. Vasil'chenko. 2-e izd. M.: OAO "Izdatel'stvo Meditsina", 2005. 512 s.

- Platon*. Pir / Per. s drevnegrecheskogo S.K. Apta. SPb.: "Biblioteka "Zvezdy", 1992. 64 s.
- Perin R.L.* Sexual'nnye otnoshenie v degradiruyushhem obshhestve. SPb.: "API"; "Potaennoe", 2009. 136 s.
- Psikhologiya lyubvi i seksual'nosti. M.: Izdatel'stvo "Iskusstvo XXI vek", 2005. 320 s.
- Russkij Ehros, ili Filosofiya lyubvi v Rossii/ Sost. i avt. vstup. st. V.P. Shestakov, komment. A.N. Bogoslovskogo. M.: Progress, 1991. 448 s.
- Tolstoj L.N.* Krejtsjerova sonata: Povesti. SPb.: Azbuka; Azbuka-Attikus, 2012. 352 s.
- Tkhostov A.Sh., Emelin V.A.* Ot tamagochi k virtual'nomu oshejniku: granitsy nejtral'nosti tekhnologij // Psikhologicheskie issledovaniya, 2010. № 6 (14). URL: <http://www.psystudy.com/index.php/num/2010n6-14/400-tkhostov-emelin14.html> (data obrashheniya: 31.10.2014).
- Uehl'bek M.* Ehlementarnye chastitsy. SPb.: Azbuka, Azbuka-Attikus, 2011. 384 s.
- Frejd Z.* Psikhoanaliz i teoriya seksual'nosti: per. s nem. M.: AST; Mn.: Kharvest, 2006. 448 s.
- Frejd Z.* Psikhoanaliticheskie ehtyudy: per. s nem. / Cost. D.I. Donskoj, V.F. Kruglyanskij, poslesl. V.T. Kondrashenko. 2-e izd. Mn.: "Popurri", 2010. 608 s.
- Frejd Z.* Vvedenie v psikhoanaliz: Lektsii. SPb.: Piter, 2012. 384 s.
- Fromm Eh.* Iskusstvo lyubit'. M.: AST; Astrel'; Poligrafizdat, 2012. 223 s.
- Khorni K.* Samoanaliz: per. s angl. / Pod red. A. Bokovikova. M.: Izd-vo EHKSMO-Press, 2001. 448 s.
- Ehizler A.* Anatomiya strasti. M.: Ehksmo, 2011. 224 s.
- Associations between health and sexual lifestyles in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3) / Field N. [et all] // The Lancet, 2013, November. Vol. 382. № 9907, P. 1830—1844. doi:10.1016/S0140-6736(13)62222-9.
- Bhar S.S., Brown G.K., Beck A.T.* Dysfunctional beliefs and psychopathology in borderline personality disorder // Journal of Personality Disorders, 2008. № 22 (2). P. 165—177.
- Does unrestricted sociosexual behavior have a shared genetic basis with sexual coercion? / Westerlund M. [et all] // Psychology, Crime and Law, 2010, January-February. Vol. 16. P. 5—23.
- Owuamanam D.O., Bankole M.O.* Family type and attitude sexual promiscuity of adolescent students in Ekiti State, Nigeria. European Scientific Journal. 2013, June. Vol. 9. P. 171—177.
- Penke L., Asendorpf J.B.* Beyond global sociosexual orientations: A more differentiated look at sociosexuality and its effects on courtship and romantic relationships. Journal of Personality and Social Psychology, 2008, Vol. 95, P. 1113—1135.
- Prevalence, risk factors, and uptake of interventions for sexually transmitted infections in Britain: findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal) / Sonnenberg P. [et all] // The Lancet, 2013, November. Vol. 382. № 9907, P. 1795—1806. doi:10.1016/S0140-6736(13)61947-9.
- Russell J., Cohn R.* Promiskuitet. M.: Lennekh Corp, 2012. 96 s.
- Seal D.W., Agostinelli G.* Individual differences associated with high-risk sexual behavior: implications for intervention programmes. Aids care, 1994. Vol. 6. № 4. P. 393—397.

- Sexual function in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3) / Mitchell K.R. [et all] // *The Lancet*, 2013, November. Vol. 382. № 9907, P. 1817—18129. doi:10.1016/S0140-6736(13)62366-1.
- Schmitt D.P.* Sociosexuality from Argentina to Zimbabwe: A 48-nation study of sex, culture, and strategies of human mating // *Behavioral and Brain Sciences*, 2005. № 28. P. 247—275.
- The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3) / Wellings K. [et all] // *The Lancet*, 2013, November. Vol. 382. № 9907, P. 1807—1816. doi:10.1016/S0140-6736(13)62071-1.
- Wright T.M., Reise S.P.* Personality and Unrestricted Sexual Behavior: Correlations of Sociosexuality in Caucasian and Asian College Students // *Journal of Research in Personality*, 1997, June. Vol. 31. № 2. P. 166—192.
- Yost M.R., Zurbriggen E.L.* Gender Differences in the Enactment of Sociosexuality: An Examination of Implicit Social Motives, Sexual Fantasies, Coercive Sexual Attitudes, and Aggressive Sexual Behavior // *The Journal of Sex Research*, 2006, May. Vol. 43. № 2. P. 163—173.

FILMOGRAPHY

- Diario de una ninfómana*, Spain, 2008 / director: Christian Molina.
- Dukhless (Дyxless)*, Russia, 2012 / director: Roman Prynugov, actors: Danila Kozlovskij, Mariya Andreeva i dr.
- Caligula*, 1979 / director: Tinto Brass.
- The World According to Garp*, USA, 1982 / director: George Roy Hill.
- Dangerous Liaisons*, 1988 / director: Stephen Frears, actors: John Malkovich, Michelle Pfeiffer.
- Shame*, USA, 2011 / director: Steve McQueen, actors: Michael Fassbender, Carey Mulligan.
- Eyes Wide Shut*, 1999 / director: Stanley Kubrick, actors: Tom Cruise, Nicole Kidman.

ПРОГРАММЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕПРЕССИИ У ПОДРОСТКОВ¹

О.А. СЫЧЕВ, Т.О. ГОРДЕЕВА

В статье представлен обзор исследований, посвященных разработке и оценке программ психологической профилактики депрессии у подростков. Несмотря на высокую распространенность подростковых депрессий и суицида в нашей стране, разработка программ их психологической профилактики продвигается очень медленно. В статье рассматривается ряд зарубежных психопрофилактических программ, основанных на идеях интерперсональной и когнитивно-поведенческой терапии. Подробно обсуждаются содержание и основные характеристики Пенсильванской психопрофилактической программы. Показано, что такие краткосрочные психопрофилактические программы хорошо обоснованны, эффективны и практичны. Результаты проведенного обзора могут помочь в разработке отечественных программ психологической профилактики депрессии у подростков.

Ключевые слова: депрессия, подростки, профилактика, интерперсональная терапия, когнитивно-поведенческая терапия, Пенсильванская психопрофилактическая программа.

Депрессия является одним из наиболее частых психических расстройств в подростковом возрасте, проявляющемся в снижении настроения, утомляемости, утрате интереса и способности получать удовольствие от привлекавших ранее видов деятельности. Распространенность депрессии у подростков, по данным зарубежных исследований, составляет от 1% до 7% [Avenevoli, Knight, Kessler, Merikangas, 2007]. Наличие депрессии в момент исследования или ранее (на протяжении всей жизни) обнаруживается по данным разных исследований у 4–24% обследованных подростков. В связи с распространенностью депрессии и ее негативных последствий, в последние годы в школах Англии, США и Австралии все более популярными становятся так называемые уроки сча-

¹ Исследование выполнено при поддержке РГНФ, проект «Мотивационные и личностные предпосылки академической успешности и психологического благополучия учащихся» № 12-06-00856.

стью, на которых детей учат навыкам совладания с проблемами и умениям управлять своими эмоциями.

Есть основания предполагать, что показатели распространенности депрессии у русских подростков, по крайней мере, не ниже зарубежных. О высокой частоте депрессивных и субдепрессивных состояний говорят результаты исследований эмоционального состояния учащихся старших классов, проводившихся А.И. Подольским, О.А. Идобаевой и П. Хеймансом в школах ряда регионов России, Украины и Кыргызстана. Данные этих исследований свидетельствуют о существенном превышении допустимого уровня эмоционального неблагополучия у 30% обследованных подростков в возрасте 13—17 лет, что значительно выше аналогичных показателей, полученных в Западной Европе и Северной Америке [Подольский, Идобаева, Хейманс, 2004].

Косвенным показателем, позволяющим судить об относительной распространенности депрессии у российских подростков в сравнении с их зарубежными сверстниками, является суицид, так как депрессия, наряду с некоторыми другими психическими расстройствами входит в число основных причин этого явления. Согласно данным европейской базы детализированных данных о смертности в возрастной группе подростков 15—19 лет на 2010 г. (последний из представленных в базе данных на момент подготовки статьи), Россия занимает второе место (после Казахстана) по числу суицидов с коэффициентом 16,1 на 100 000 [European detailed mortality database, 2013], что более чем в 3—5 раз превышает аналогичный показатель в странах Западной Европы. В течение последних двух десятилетий наша страна постоянно оказывается в тройке наиболее неблагополучных по подростковому суициду стран Европы и бывшего СССР.

Хотя депрессия является не единственной причиной самоубийств у подростков, большинство экспертов относят ее к числу основных [Холморова, Воликова, 2012; Avenevoli, Knight, Kessler, Merikangas, 2007 и др.]. О довольно высокой распространенности суицидальных попыток и намерений среди депрессивных подростков свидетельствуют данные различных исследований. Например, в Орегонском проекте по исследованию подростковой депрессии 41% подростков, страдающих депрессией, сообщали о наличии суицидальных мыслей [Avenevoli, Knight, Kessler, Merikangas, 2007]. Наряду со склонностью к суициду существуют и другие негативные эффекты депрессии у подростков, в первую очередь, это снижение продуктивности умственной деятельности и учебной успеваемости, а также нарушение взаимоотношений со сверстниками и родителями.

Особое внимание, которого требуют депрессивные расстройства у подростков, объясняется тем фактом, что на этом возрастном этапе

данная проблема становится гораздо более распространенной, чем в младших возрастных группах. Зарубежные исследования показывают, что частота эпизодов депрессии резко возрастает в возрасте после 11 лет, а затем, в возрасте после 15 лет, снова наблюдается существенный рост [Avenevoli, Knight, Kessler, Merikangas, 2007]. Результаты исследований на русскоязычных выборках также говорят о том, что подростки в возрасте 15—16 лет существенно превосходят по уровню эмоционального неблагополучия тринадцатилетних и четырнадцатилетних [Подольский, Идобаева, Хейманс, 2004]. Таким образом, как младший, так и старший подростковый возраст являются весьма рискованными в плане возникновения депрессии, так что именно на этом возрастном периоде разумно сосредоточить усилия по ее профилактике.

В пользу необходимости работы именно с этой возрастной группой говорит и то, что в подростковом возрасте происходят значительные изменения в жизни ребенка (усложнение социальных отношений и учебной деятельности, половое созревание и др.), требующие от него новых, более эффективных навыков решения межличностных и внутриличностных проблем. Вместо того чтобы полагаться на стихийное приобретение подростком этих навыков, было бы разумно организовать работу по их систематическому формированию, укрепляя психологические ресурсы подростка, необходимые для преодоления жизненных трудностей. Учитывая частоту депрессивных расстройств у подростков и тяжесть их последствий, можно сделать вывод о несомненной актуальности исследований в этом направлении.

В нашей стране хорошим примером тщательно обоснованной программы психологической профилактики эмоционального неблагополучия и депрессии у подростков является программа, предложенная А.И. Подольским, О.А. Карабановой, О.А. Идобаевой и П. Хеймансом в 2011 г. [Подольский, Карабанова, Идобаева, Хейманс, 2011]. В ее основу положены выводы исследований авторов, в соответствии с которыми ключевыми характеристиками подростков, наиболее тесно связанными с их психоэмоциональным неблагополучием, являются: переживание непонимания их проблем родителями; трудности общения со сверстниками; отсутствие навыков саморегуляции и как следствие эмоциональная нестабильность; неразвитость «Я-морального», неумение ориентироваться в ситуациях, содержащих моральные коллизии [Подольский, Карабанова, Идобаева, Хейманс, 2011, с. 15]. Кроме того, выявлены и описаны некоторые особенности родителей и педагогов, связанные с эмоциональным неблагополучием детей.

Принимая во внимание широкий спектр вероятных причин эмоционального неблагополучия и депрессий у подростков, А.И. Подольский с

соавторами предложили комплексную программу, которая позволяет воздействовать на все компоненты социальной ситуации развития подростка: школу, семью, отношения со сверстниками. Для подростков разработаны групповые и индивидуальные занятия, направленные на повышение их психологической компетентности, способности к саморегуляции и способствующие развитию их моральной компетентности и социального интеллекта. Важное место отводится также групповым беседам с родителями, поскольку именно ухудшение эмоциональных отношений в семье нередко выступает на первый план среди других причин подросткового неблагополучия [Подольский, Карабанова, Идобаева, Хейманс, 2011]. Кроме того, в рамках этой программы предполагается также работа с учителями и школьной администрацией, направленная на ознакомление с психологическими особенностями современных подростков, а также на профилактику и коррекцию негативных изменений личности учителя, связанных с эмоциональным выгоранием.

Характеризуя итоги экспериментального исследования, направленного на анализ эффективности данной программы, авторы отмечают, что предложенная ими стратегия максимально полного воздействия на составляющие социальной ситуации развития подростка дала положительные результаты: уровень эмоционального неблагополучия подростков из всех экспериментальных групп существенно снизился. Тем не менее, данная программа не опубликована, а результаты оценки эффективности пока носят предварительный характер. Таким образом, можно констатировать, что в настоящее время в нашей стране еще не существует завершенной, апробированной и пригодной для внедрения в практику программы профилактики подростковых депрессий.

В зарубежных исследованиях, посвященных разработке программ психологической профилактики у подростков, в качестве теоретической основы рассматриваются преимущественно два подхода. Первый подход, оказавший влияние на развитие психологической профилактики подростковых депрессий — это *интерперсональная терапия Дж. Клермана и М. Вейссмана*. В основе этого подхода лежит идея о том, что психологические истоки депрессии чаще всего связаны с неблагополучием в сфере межличностных отношений. Психологическая профилактика и терапия депрессии подростков в рамках этого направления обычно сосредоточена на вопросах эмансипации подростка от родителей, авторитета и автономии, отношений в неполной семье и совладания с утратой, отношений со сверстниками, становления близких (добрых) отношений с представителями противоположного пола и т.д.

Примером психопрофилактической программы, разработанной в рамках этого подхода, является «Тренинг умений для подростков», пред-

ложенный Дж. Янг с соавторами в 2006 г. [Young, Mufson, Davies, 2006]. Эта программа ориентирована на подростков в возрасте 12—16 лет, имеющих повышенные (пограничные) показатели депрессивности. Она включает два индивидуальных занятия с подростком и восемь полутора-часовых групповых (по 4—7 человек) занятий раз в неделю. Работа направлена преимущественно на психологическое просвещение подростков и развитие у них коммуникативных умений и навыков. В ходе прохождения данной программы подростки получают научную информацию о депрессии и обсуждают связь депрессивных состояний с межличностными отношениями. Далее рассматриваются коммуникативные проблемы подростков, после чего участники тренинга осваивают техники и стратегии общения, направленные на улучшение их взаимоотношений. Эти техники отрабатываются в ходе ролевых игр на занятиях и закрепляются в ходе выполнения домашних заданий. Исследований эффективности данной программы пока немного, однако имеющиеся данные свидетельствуют о достоверном снижении симптомов депрессии и улучшении общего социального функционирования как сразу после завершения занятий, так и через длительный (до полугода) срок [Young, Mufson, Davies, 2006; Young, Kranzler, Gallop, Mufson, 2012].

Содержание тренинга умений для подростков, как и других программ, разработанных на основе интерперсональной терапии, сосредоточено исключительно на вопросах межличностных отношений и коммуникативной компетентности. Хотя проблемы в сфере межличностных отношений являются достаточно важной причиной депрессивных расстройств, есть также немало данных о других, в первую очередь, когнитивных факторах их возникновения. Именно когнитивные причины депрессии привлекали наибольшее внимание исследователей и психотерапевтов в последние десятилетия, а когнитивная психотерапия депрессии оказалась в числе весьма эффективных методов ее лечения.

Когнитивно-поведенческая психотерапия представляет собой второй, более универсальный и глубже разработанный подход, оказавший значительное влияние на разработку программ психологической профилактики депрессии. Этот подход достаточно хорошо известен в нашей стране, благодаря наличию переведенных работ основателей этого направления (А. Бек, А. Эллис), работ современных когнитивных терапевтов (Дж. Бек, Р. МакМаллин), а также посвященных ему изданий российских авторов (Г.В. Залевский, А.П. Федоров, С.В. Харитонов, А.Б. Холмогорова и др.). В основе этого подхода к терапии и профилактике депрессии лежит идея о том, что особенности восприятия и мышления депрессивных больных являются не только проявлениями, но и причинами их расстройств.

К явным особенностям такого рода относится когнитивная триада симптомов депрессии А. Бека: негативные представления о себе, негативная оценка окружающего мира и внешних событий, а также негативная оценка будущего [Beck, Rush, Shaw, Emery, 1987]. На более глубоком уровне у депрессивных больных выявляются иррациональные когниции — неадекватные, непродуктивные схемы, убеждения, установки. Примером подобных иррациональных когниций, препятствующих успешному преодолению жизненных трудностей, являются установки долженствования, связанные с ригидными убеждениями в том, что сам субъект, окружающие люди или мир в целом должны соответствовать определенным требованиям [Ellis, Dryden, 2007]. Наличие иррациональных когниций приводит к когнитивным ошибкам, т.е. систематическим искажениям в оценках и суждениях. К их числу относятся, например, персонализация, т.е. склонность чрезвычайно переоценивать свою ответственность за происходящие с события и принимать все на свой счет; сверхобобщение, т.е. построение общего вывода на основе явно недостаточных, единичных, фактов; катастрофизация, как ожидание наихудших, катастрофических последствий при игнорировании других, более реалистичных возможностей.

Наряду с иррациональными когнициями к числу когнитивных коррелятов депрессии относится определенный стиль объяснения происходящих позитивных и негативных событий (атрибутивный стиль). Исследования М. Селигмана и его последователей показали, что пессимистический атрибутивный стиль выступает существенным фактором риска возникновения депрессии у детей и взрослых при столкновении с серьезными жизненными трудностями [Nolen-Hoeksema, Girgus, Seligman, 1992; Seligman, Reivich, Jaycox, Gillham, 1995]. Для такого атрибутивного стиля характерно, что причины негативных событий рассматриваются как стабильные и глобальные (т.е. затрагивающие различные сферы их жизни), в то время как причины позитивных событий — непостоянные, временные и конкретные, связанные только с одной ситуацией. Проводившиеся в нашей стране исследования атрибутивного стиля на выборках подросткового и юношеского возраста также свидетельствуют о том, что атрибутивный стиль является важным фактором эмоционального благополучия [Гордеева, Осин, Шевяхова, 2009; Гордеева, 2011].

Также как и в интерперсональной терапии, в рамках когнитивно-поведенческого подхода большое внимание уделяется проблемам в межличностных отношениях, однако роль этих проблем в развитии депрессии рассматривается в связи с нехваткой когнитивных и поведенческих навыков их решения. По этой причине в психопрофилактических про-

граммах, основанных на когнитивно-поведенческой терапии, обычно присутствует блок, посвященный развитию коммуникативной компетентности.

Среди программ профилактики депрессии, разработанных на основе когнитивно-поведенческой терапии, в первую очередь, следует назвать Пенсильванскую профилактическую программу [Reivich, Gillham, Chaplin, Seligman, 2005] и несколько программ, разработанных на основе курса совладания с депрессией для подростков [Lewinsohn, Clarke, Hops, Andrews, 1990]. Одним из первых примеров подобных программ является предложенный в 1990 г. П. Левинсоном, Г. Кларком и др. курс совладания с депрессией, который предназначен для групповой психотерапии депрессивных подростков в возрасте 12—18 лет. Хотя эта программа направлена в первую очередь на терапию, а не на профилактику, она послужила основой для целого ряда психопрофилактических программ, предназначенных для подростков из групп риска (например, подростков, имеющих родителя, страдающего депрессией).

Как показывают результаты исследований, для большинства программ, разработанных на основе когнитивно-поведенческого подхода и интерперсональной терапии, характерны довольно близкие показатели эффективности. Метаанализ, выполненный в 2009 г. Дж. Гарбер с соавторами, приводит к выводу о том, что все они показывают слабый или умеренный эффект, который обычно наблюдается не только сразу после окончания занятий, но и сохраняется в течение довольно длительного срока в пределах от полугода до полутора лет [Garber, Webb, Horowitz, 2009]. Результат этих программ проявляется как в снижении депрессивности (эмоционального неблагополучия), так и в меньшей частоте случаев развития клинической депрессии в будущем в сравнении с контрольной группой. Кроме того, для некоторых программ были описаны дополнительные позитивные последствия, такие как улучшение межличностных отношений, уменьшение частоты поведенческих проблем и проблем в академической сфере, снижение тревоги и др.

Вместе с тем, с практической точки зрения важно, что сведения, подтверждающие эффективность этих программ, в большинстве случаев были получены только в исследованиях, проведенных авторами соответствующей программы. По-видимому, единственной психопрофилактической программой, эффективность которой подтверждается не только ее авторами, но и другими психологами из разных стран мира, является Пенсильванская психопрофилактическая программа. Убедительные данные в пользу ее эффективности, теоретическая обоснованность, относительно небольшая длительность — эти достоинства стали причиной ее широкой известности.

Пенсильванская профилактическая программа (ППП) начала разрабатываться в 90-е гг. прошлого века группой психологов Пенсильванского университета (К. Райвич, Л. Джейкокс, Дж. Джилхэм и др.) под руководством М. Селигмана (одного из основателей позитивной психологии) с целью профилактики депрессивных и тревожных расстройств у младших подростков (10—14 лет) [Reivich, Shatte, 2002; Reivich, Gillham, Chaplin, Seligman, 2005]. Программа нацелена на решение не только текущих задач, связанных с коррекцией актуальных состояний и проблем подростка, но и работает на долгосрочную перспективу, профилактику подобных проблем и состояний в будущем за счет формирования когнитивных и поведенческих навыков, необходимых для самостоятельного продуктивного преодоления трудностей. Процедура состоит из 12 занятий длительностью по 90 минут (допустимо также проведение 18—24-х 60-минутных занятий).

В структуре программы два основных компонента: когнитивный (навыки совладания с иррациональными мыслями и убеждениями, осознание и изменение атрибутивного стиля) и коммуникативный (навыки решения проблем в общении), которые не разделены жестко на практике. В процессе проведения большинства занятий используется обратная связь, позволяющая оценить эффективность освоения новых когнитивных и коммуникативных навыков. На первом шаге психолог обрисовывает проблему в общем виде, поясняя изложение с помощью забавных историй и шуток, разыгрывания ситуаций по ролям, комиксов и иллюстраций. На следующем шаге дается представление об основных идеях и понятиях, разбираются примеры и рассматриваются возможности использования навыка в подходящих жизненных ситуациях. На завершающем шаге участники применяют эти навыки к проблемным ситуациям из собственной жизни, обсуждая, где эти навыки могут быть использованы в будущем и получают домашнее задание, связанное с закреплением соответствующего навыка.

В основу содержания программы была положена идея ключевых факторов, выступающих в качестве ресурсов совладания со стрессом и депрессией [Reivich, Gillham, Chaplin, Seligman, 2005]. К числу таких факторов или психологических ресурсов они относят следующие.

1. Эмоциональная регуляция, представляющая собой способность распознавать, называть и выражать эмоции, а также контролировать эмоции, когда это необходимо.

2. Самоконтроль как способность распознавать свои импульсы и противостоять тем импульсам, которые непродуктивны в контексте долгосрочных целей.

3. Казуальный анализ — способность точно выявлять сложные, множественные причины проблем.

4. Реалистический оптимизм, как максимально оптимистичный способ мышления, приемлемый в текущей ситуации.

5. Самоэффективность — уверенность в своей способности правильно выбрать способ решения проблемы и успешно его реализовать.

6. Эмпатия — способность точно распознавать и адекватно реагировать на эмоциональные состояния других людей.

7. Установление и поддержание контактов — комфортное общение и взаимодействие с другими людьми, углубляющее межличностные взаимоотношения и гарантирующее наличие поддержки со стороны других людей в трудные моменты жизни.

Для укрепления перечисленных психологических ресурсов авторы ППП предлагают процедуры формирования соответствующих когнитивных умений и навыков (табл. 1). Рассмотрим подробнее характеристику этих умений и навыков, а также процедуры их формирования.

Таблица 1

Когнитивные умения, которые формируются в ППП, и соответствующие психологические ресурсы (по Gillham, Brunwasser, Freres, 2007; Reivich, Gillham, Chaplin, Seligman, 2005)

Когнитивные умения, формируемые в ППП	Соответствующий ресурс
1. ABC-анализ	Эмоциональная регуляция и эмпатия
2. Распознавание атрибутивного стиля	Реалистический оптимизм и каузальный анализ
3. Дискуссия с самим собой	Самоэффективность
4. Анализ ожиданий (декатастрофизация)	Реалистический оптимизм и самоэффективность
5. Быстрое преодоление негативных мыслей	Самоконтроль
6. Навыки ассертивного поведения	Установление и поддержание контактов
7. Релаксация	Самоконтроль
8. Решение проблем	Самоконтроль и самоэффективность

Базовым умением, необходимым для осознанного контроля над своими мыслями и переживаниями, является *ABC-анализ*, разработанный в когнитивной психотерапии [Ellis, Dryden, 2007]. Формула ABC отражает представление о том, что негативные переживания и дезадаптированное поведение (которые обозначаются буквой *C* от англ. *Consequence* — следствие) вызываются не самим по себе событием (*A* от англ. *Adversity* — несчастье), а его субъективной интерпретацией (*B* от англ. *Belief* — убеждение, мнение). Пристрастные мнения и оценки относительно этого события, связанные с некоторыми базовыми убеждениями или привычны-

ми способами мышления, с точки зрения когнитивной психотерапии, являются основной причиной проблемного поведения или негативных переживаний. Для изменения таких эмоциональных и поведенческих последствий неприятного события необходимо, прежде всего, осознать их связь с мыслями и мнениями, а затем научиться разделять событие и собственные пристрастные суждения по поводу этого события.

В ходе освоения *АВС*-анализа на первом этапе обсуждают разные типичные трудности, неприятности, проблемы, возникающие в жизни подростка. Затем рассматривается роль суждений и мнений (элемент *В*), которые могут возникнуть по поводу таких событий и с которыми связано возникновение негативных эмоций и поведения. На данном этапе психолог вводит понятие внутреннего диалога, который проходит в свернутом виде и часто остается незамеченным, но, тем не менее, существенно влияет на то, что переживает человек по поводу проблемы и как он на нее реагирует. Задача этого этапа — дать понимание значения этого внутреннего диалога и побудить к осознанию собственных мыслей, суждений, мнений, лежащих в основе собственных реакций на проблему. После этого в группе обсуждаются различные эмоциональные переживания (элемент *С*), таким образом, чтобы развить у участников группы способность правильно распознавать и вербализовать свои эмоции. Для этого, например, предлагается описать свои эмоциональные переживания как можно подробнее (с указанием соответствующих физиологических ощущений), так, будто это описание предназначено для инопланетян, абсолютно не знакомых с тем, что такое эмоции.

Для демонстрации связи между эмоциями и соответствующими мыслями, возникающими в трудной ситуации, психолог использует ролевую игру. Например, он исполняет роль тренера спортивной команды, который распекает своих игроков, а участники должны попытаться представить себя в роли его подопечных. Участники сообщают о том, какие эмоции они переживали в этой ситуации, а затем обсуждается, что они думали по поводу поведения тренера. Если в суждениях участников поведение «тренера» оценивалось как несправедливое, то это обычно провоцирует переживание гнева, если же как справедливое и обоснованное, то, скорее, возникает стыд, если эта критика со стороны «тренера» вызывает негативные мысли о результате, то это приводит к тревоге и т.д. Обсуждение на примере ситуации помогает глубже понять участникам тесную связь мыслей (*В*) и эмоций (*С*), а также усвоить, что именно наши суждения и мнения (*В*) по поводу события (*А*), а не само событие, определяют наши эмоции (*С*).

Распознавание атрибутивного стиля позволяет осознать и изменить привычный способ мышления относительно причин происходящих

событий, определяющий степень веры в успех и степень настойчивости человека в трудных ситуациях. Пессимистический атрибутивный стиль характеризуется склонностью рассматривать причины негативных событий, неудач как стабильные во времени и широкие (распространяющиеся на различные ситуации и сферы), в то время как причины позитивных событий, успехов представляются временными, непостоянными и весьма конкретными, связанными только с данной ситуацией или сферой жизни. В случае депрессии или выученной беспомощности пессимистический стиль объяснения оказывается весьма ригидным, он негибко используется в любой ситуации. Авторы программы подчеркивают, что не следует стремиться к полной замене пессимистического стиля мышления на оптимистический, так как его неоправданное применение в любой ситуации также может привести к трудностям. Важнее научить подростков широкому и креативному анализу различных возможных причин происходящих с ними событий, благодаря чему их мышление в проблемной ситуации становится реалистичнее и продуктивнее.

Негибкий стиль мышления и иррациональные убеждения, вызывающие негативные чувства и неэффективное поведение, могут быть модифицированы с помощью *дискуссии с самим собой*. Эта техника, разработанная в рамках когнитивной психотерапии, стала одним из важных средств коррекции пессимистического атрибутивного стиля. Для ее применения, прежде всего, необходимо освоить *АВС-анализ*, чтобы уметь четко выделять те убеждения и мысли, которые вызывают негативные эмоциональные и поведенческие последствия. В ходе дискуссии с самим собой такие мысли и убеждения подвергаются оспариванию. Обучая дискуссии с самим собой в ППП, подростка учат рационально обсуждать и оспаривать истинность этих мыслей и убеждений, проверяя наличие доказательств, свидетельствующих в пользу и против них, оценивать эти мысли и убеждения с точки зрения их эффективности и полезности, искать и проверять альтернативные идеи, которые могут стать более продуктивными.

Одним из наиболее важных умений для подростков, склонных к тревожно-депрессивным расстройствам является *анализ ожиданий (катастрофизация)*, предполагающий проработку убеждений относительно смысла и последствий событий, вызывающих негативные эмоции. Такой анализ направлен на осознание и модификацию автоматических негативных мыслей о возможных неприятных последствиях, вызывающих тревогу или страх. Для лиц подверженных тревожно-депрессивным расстройствам характерна склонность к «катастрофизации», т.е. концентрации внимания исключительно на негативных возможных по-

следствиях с преувеличенной оценкой их отрицательного значения. Формирование умения анализа ожиданий в ППП направлено на развитие у подростка способности самостоятельно справиться с подобными мыслями и убеждениями относительно будущих событий.

Навык быстрого преодоления негативных мыслей требуется в ситуациях, не оставляющих времени для долгих раздумий. Он опирается на ряд других навыков — поиск доказательств, рассмотрение альтернатив, анализ ожиданий, которые могут оказаться полезными для преодоления негативных мыслей в момент, когда они возникают. Для развития и закрепления таких навыков участникам предлагают рассмотреть гипотетические неприятности, которые провоцируют негативные мысли, требующие немедленного опровержения. Пример такой ситуации — сложная контрольная работа, которая может вызывать такие суждения как: «мне никогда не справиться с такими задачами», «это слишком сложно для меня», «я недостаточно умный, чтобы решить эти задания». Участники должны убедительно опровергнуть подобные суждения, выдвигая контраргументы и предлагая более конструктивные альтернативные суждения.

Навыки ассертивного поведения необходимы подросткам для успешного решения проблем коммуникативного характера, играющих важную роль в возникновении эмоционального неблагополучия и депрессивных расстройств. Ассертивное поведение, в отличие от неуверенного и агрессивного, характеризуется уверенностью и направленностью на отстаивание своих интересов при уважении к интересам партнера. В ППП для формирования навыков ассертивного поведения используется четырех-шаговая модель (в англоязычной версии для обозначения шагов используется акроним DEAL), в которой акцент сделан на ясном, но одновременно уважительном и неконфликтном выражении своих интересов партнеру. Первый шаг — это непредвзятое описание ситуации (англ. *Describe* — описывать), вызывающей проблему. Второй шаг — выражение собственных эмоций по этому поводу (англ. *Express* — выражать). Третий шаг — это выражение просьбы о конкретном изменении поведения. Важно, чтобы это была разумная и конкретная просьба, причем, просящий должен быть готов к тому, чтобы изменить и некоторые аспекты своего поведения. Последний шаг — это перечисление того, чем эти изменения поведения могут улучшить ситуацию (англ. *List* — перечислять). Психолог обсуждает с участниками возможные ситуации, в которых навыки ассертивного поведения могут принести пользу, а затем в подобных гипотетических ситуациях участники разыгрывают ситуации по ролям, используя описанную выше модель.

Навык решения проблем представляет собой пяти-шаговый подход к решению проблем, опирающийся на другие когнитивные и поведенческие навыки, задействованные в этой программе. Участников тренинга учат вести себя определенным образом при столкновении со сложной проблемой. Пяти-шаговая модель решения проблемы включает следующие этапы [Seligman, Reivich, Jaycox, Gillham, 1995].

1. Остановиться и обдумать ситуацию, удостовериться в том, что понимание ситуации является точным.

2. Четко определить свои цели в этой ситуации.

3. Продумать ряд альтернативных способов решения проблемы и учесть ресурсы, необходимые для реализации этих решений.

4. Принять решение, учитывая возможные последствия и взвешивая «за» и «против» для каждой идеи.

5. Выполнить принятое решение и преодолеть проблему (или вернуться к шагу 3 при отсутствии приемлемого результата).

Участники тренинга обучаются применять этот навык на примере решения гипотетических проблем в академической и межличностной сферах. Затем они пытаются использовать его для решения проблем из собственной жизни. Данный навык полезен для преодоления характерных чувств безнадежности и беспомощности, возникающих у тревожных и депрессивных подростков при столкновении с трудной проблемой. Для развития самоконтроля в ситуациях, провоцирующих эмоциональное напряжение, в ППП также уделяется внимание формированию навыков *релаксации*.

Эффективность данной программы тщательно проанализирована в целом ряде исследований, причем постоянно появляются все новые и новые данные, полученные учеными из разных стран мира. Обобщая результаты исследований эффективности ППП в 2007 г. Дж. Джилхэм констатирует, что из 13 исследований 5 продемонстрировали общий статистически значимый эффект на депрессию, еще 5 показали частичную эффективность (в отдельных подгруппах или частных условиях) и только в 3-х исследованиях подтвердить влияние данной программы на симптомы депрессии не удалось [Gillham, Brunwasser, Freres, 2007]. Кроме свидетельств о полезности данной программы для профилактики депрессии есть также и данные о том, что ее применение может привести к снижению поведенческих проблем и тревоги, хотя эти эффекты не всегда подтверждаются [Challen, Machin, Gillham, 2013; Gillham, Brunwasser, Freres, 2007].

В результате метаанализа данных об эффективности ППП, были получены свидетельства в пользу того, что как минимум в течение года после прохождения тренинга наблюдается статистически значимое

снижение симптомов депрессии [Brunwasser, Gillham, Kim, 2009]. В одном из наиболее масштабных последних исследований эффективности данной программы в условиях, максимально приближенных к педагогической практике (18 занятий были включены в расписание и проводились не психологами, а школьным персоналом, прошедшим краткосрочную подготовку), был показан непродолжительный (в пределах одного года) и сравнительно небольшой, но статистически значимый эффект на выраженность депрессивных симптомов у подростков [Challen, Machin, Gillham, 2013]. Таким образом, хотя продуктивность ППП в условиях реального учебного процесса оказывается несколько ниже, чем в первоначальных исследованиях авторов программы, она остается эффективным и практичным средством профилактики подростковых депрессий.

Пенсильванская психопрофилактическая программа является примером теоретически обоснованного и доказавшего свою эффективность средства решения психологических проблем, связанных с депрессией и эмоциональным неблагополучием подростков. В настоящее время программа начинает все более широко использоваться в школах США, Великобритании, Австралии. Рассмотренный на данном примере опыт разработки и апробации таких программ показывает, что психологическая профилактика депрессивных расстройств у подростков — это задача, которая может быть относительно успешно решена при опоре на методы когнитивно-поведенческой психотерапии. Дальнейшее совершенствование этих подходов и программ, а также развитие перспективных отечественных разработок в этой области позволяет надеяться на появление и внедрение в практику в обозримом будущем достаточно эффективно средства профилактики подростковых депрессий.

ЛИТЕРАТУРА

- Гордеева Т.О. Оптимизм как составляющая личностного потенциала // Личностный потенциал: структура и диагностика. М.: Смысл, 2011. С. 131—177.
- Гордеева Т.О., Осин Е.Н., Шевяхова В.Ю. Диагностика оптимизма как стиля объяснения успехов и неудач: опросник СТОУН. М.: Смысл, 2009. 152 с.
- Подольский А.И., Идобаева О.А., Хейманс П. Диагностика подростковой депрессивности: теория и практика: учебное пособие. СПб.: Питер, 2004. 202 с.
- Подольский А.И., Карбанова О.А., Идобаева О.А., Хейманс П. Психоэмоциональное благополучие современных подростков: опыт международного исследования // Вестник московского университета. Серия 14. Психология. 2011. № 2. С. 9—20.
- Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра [Электронный ресурс] // Меди-

- цинская психология в России: электрон. науч. журн., 2012. № 2. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 20.12.2013).
- Avenevoli S., Knight E., Kessler R.C., Merikangas K.R.* Epidemiology of Depression in Children and Adolescents // In J.R.Z. Abela, B.L. Hankin (Eds.), Handbook of depression in children and adolescents. New York: Guilford Press, 2007. P. 6—32.
- Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G.* Cognitive Therapy of Depression. New York. The Guilford Press, 1987. 425 p.
- Brunwasser S.M., Gillham J.E., Kim E.S.* A Meta-Analytic Review of the Penn Resiliency Program's Effect on Depressive Symptoms. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2009. Vol. 77. P. 1042—1054.
- Challen A.R., Machin S.J., Gillham J.E.* The UK Resilience Programme: A School-Based Universal Nonrandomized Pragmatic Controlled Trial // Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2013. November 18. Advance online publication. doi: 10.1037/a0034854
- Ellis A., Dryden W.* The Practice of Rational Emotive Behavior Therapy. New York. Springer Publishing Company, 2007. 280 p.
- European detailed mortality database (DMDB). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Available at: <http://www.euro.who.int/ru/what-we-do/data-and-evidence/databases/European-detailed-mortality-database-dmdb2> (Accessed: 15.02.2013).
- Garber J., Webb C.A., Horowitz J.L.* Prevention of Depression in Adolescents: A Review of Selective and Indicated Programs // In S. Nolen-Hoeksema and L.M. Hilt. (Eds.), Handbook of depression in adolescents. New York: Routledge, 2009. P. 619—661.
- Gillham J.E., Brunwasser S.M., Freres D.R.* Preventing depression in early adolescence // In J.R.Z. Abela & B.L. Hankin (Eds.), Handbook of depression in children and adolescents. New York: Guilford Press, 2007. P. 309—332.
- Lewinsohn P.M., Clarke G.N., Hops H., Andrews J.* Cognitive-behavioral group treatment of depression in adolescents // Behavior Therapy, 1990. Vol. 21. P. 385—401.
- Nolen-Hoeksema S., Girgus J.S., Seligman M.E.P.* Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study // Journal of Abnormal Psychology, 1992. Vol. 101. P. 405—422.
- Reivich K., Gillham J.E., Chaplin T.M., Seligman M.E.P.* From helplessness to optimism: The role of resilience in treating and preventing depression in youth // In S. Goldstein, R.B. Brooks (Eds.), Handbook of resilience in children. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2005. P. 223—237.
- Reivich K., Shatte A.* The resilience factor. New York: Broadway Books, 2002. 352 p.
- Seligman M.E.P., Reivich K., Jaycox L., Gillham J.* The optimistic child: a proven program to safeguard children against depression and build lifelong resilience. Boston, MA, US: Houghton, Mifflin and Company, 1995. 336 p.
- Young J.F., Kranzler A., Gallop R., Mufson L.* Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training: Effects on School and Social Functioning // School Mental Health, 2012. Vol. 4. P. 254—264.
- Young J.F., Mufson L., Davies M.* Efficacy of Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training: An indicated preventive intervention for depression // Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2006. Vol. 47. P. 1254—1262.

DEPRESSION PREVENTION PROGRAMS FOR ADOLESCENTS

O.A. SYCHEV, T.O. GORDEEVA

The article presents the review of investigations devoted to the elaboration and assessment of depression prevention programs for adolescents. Despite of wide spread of adolescent's depression and suicide in our country the elaboration of prevention programs advances too slowly. Some foreign prevention programs based on the ideas of interpersonal and cognitive behavioral therapy are considered in the article. The content and main features of Penn Prevention Program are discussed in details. Such short-term prevention programs were demonstrated to be well founded, effective and practical. The results of this review may be useful for elaboration of prevention program in our country.

Keywords: depression, adolescents, prevention, interpersonal therapy, cognitive behavioral therapy, Penn Prevention Program.

- Gordeeva T.O.* Optimizm kak sostavlyayushhaya lichnostnogo potentsiala // Lichnostnyj potentsial: struktura i diagnostika. M.: Smysl, 2011. S. 131—177.
- Gordeeva T.O., Osin E.N., SHEvyakhova V.Yu.* Diagnostika optimizma kak stilya ob'yasneniya uspekhev i neudach: oprosnik STOUN. M.: Smysl, 2009. 152 s.
- Podol'skij A.I., Idobaeva O.A., Khejmans P.* Diagnostika podrostkovej depressivnosti: teoriya i praktika: uchebnoe posobie. SPb.: Piter, 2004. 202 s.
- Podol'skij A.I., Karabanova O.A., Idobaeva O.A., Khejmans P.* Psikhohemotsional'noe blagopoluchie sovremennykh podrostkov: opyt mezhdunarodnogo issledovaniya // Vestnik moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya. 2011. № 2. S. 9—20.
- Kholmogorova A.B., Volikova S.V.* Osnovnye itogi issledovaniy faktorov suitsidal'nogo riska u podrostkov na osnove psikhosotsial'noj mnogofaktornoj modeli rasstrojstv affektivnogo spektra [Elektronnyj resurs] // Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: ehlektron. nauch. zhurn., 2012. № 2. URL: <http://medpsy.ru> (data obrashheniya: 20.12.2013).
- Avenevoli S., Knight E., Kessler R.C., Merikangas K.R.* Epidemiology of Depression in Children and Adolescents // In J.R.Z. Abela, B.L. Hankin (Eds.), Handbook of depression in children and adolescents. New York: Guilford Press, 2007. P. 6—32.
- Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G.* Cognitive Therapy of Depression. New York. The Guilford Press, 1987. 425 p.
- Brunwasser S.M., Gillham J.E., Kim E.S.* A Meta-Analytic Review of the Penn Resiliency Program's Effect on Depressive Symptoms. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2009. Vol. 77. P. 1042—1054.
- Challen A.R., Machin S.J., Gillham J.E.* The UK Resilience Programme: A School-Based Universal Nonrandomized Pragmatic Controlled Trial // Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2013. November 18. Advance online publication. doi: 10.1037/a0034854

- Ellis A., Dryden W.* The Practice of Rational Emotive Behavior Therapy. New York. Springer Publishing Company, 2007. 280 p.
- European detailed mortality database (DMDDB). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Available at: <http://www.euro.who.int/ru/what-we-do/data-and-evidence/databases/European-detailed-mortality-database-dmdb2> (Accessed: 15.02.2013).
- Garber J., Webb C.A., Horowitz J.L.* Prevention of Depression in Adolescents: A Review of Selective and Indicated Programs // In S. Nolen-Hoeksema and L.M. Hilt. (Eds.), Handbook of depression in adolescents. New York: Routledge, 2009. P. 619—661.
- Gillham J.E., Brunwasser S.M., Freres, D.R.* Preventing depression in early adolescence // In J.R.Z. Abela & B.L. Hankin (Eds.), Handbook of depression in children and adolescents. New York: Guilford Press, 2007. P. 309—332.
- Lewinsohn P.M., Clarke G.N., Hops H., Andrews J.* Cognitive-behavioral group treatment of depression in adolescents // Behavior Therapy, 1990. Vol. 21. P. 385—401.
- Nolen-Hoeksema S., Girgus J.S., Seligman M.E.P.* Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study // Journal of Abnormal Psychology, 1992. Vol. 101. P. 405—422.
- Reivich K., Gillham J.E., Chaplin T.M., Seligman M.E.P.* From helplessness to optimism: The role of resilience in treating and preventing depression in youth // In S. Goldstein, R.B. Brooks (Eds.), Handbook of resilience in children. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2005. P. 223—237.
- Reivich K., Shatte A.* The resilience factor. New York: Broadway Books, 2002. 352 p.
- Seligman M.E.P., Reivich K., Jaycox L., Gillham J.* The optimistic child: a proven program to safeguard children against depression and build lifelong resilience. Boston, MA, US: Houghton, Mifflin and Company, 1995. 336 p.
- Young J.F., Kranzler A., Gallop R., Mufson L.* Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training: Effects on School and Social Functioning // School Mental Health, 2012. Vol. 4. P. 254—264.
- Young J.F., Mufson L., Davies M.* Efficacy of Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training: An indicated preventive intervention for depression // Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2006. Vol. 47. P. 1254—1262.

ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ ПРОЦЕССА ПРОИЗВЕДЕНИЯ СМЫСЛОВ МЕТОДОМ «ВЕДОМОГО РИСОВАНИЯ»

Т.М. БУЯКАС, О.А.ТАНЬКОВА

В работе дано феноменологическое описание процесса порождения смыслов, актуальных для настоящего момента жизни и деятельности человека, методом «Ведомого рисования»; описана структура и динамика этого процесса; проведен анализ условий и способов, открывающих возможность актуализации личностных смыслов. Графическая медитация («Ведомое рисование») рассматривается как метод прямой референции к переживанию и его чувствуемому смыслу. Показано, что исследовательское интервью на базе феноменологической познавательной стратегии и трех типов вопросов к тексту «Ведомого рисования» (графическому и живописному), открывает возможность для перевода графического языка смысла на язык вербальный. Анализ исследовательского интервью методом «Обоснованной теории» позволяет всмотреться в структуру и динамику «феноменологического движения», устремленного к пониманию смысла.

Ключевые слова: феноменологический подход, графическая концентрация внимания, смысл, понимание, фиксированная графическая форма.

«В XX веке на передний план вышла и стала обсуждаться (психоанализ этому весьма способствовал) проблема смысла» [Мамардашвили, 2010, с. 294]. В основополагающие понятия классической философии «истина» и «заблуждение» вторглось нечто третье — «смысл». Возник вопрос: что это значит для меня? Чем является? Что мне дает? Иное понимание теперь не следует однозначно расценивать как заблуждение, потому что оно может иметь смысл для человека. Этим поворотом в большой мере мы обязаны В. Дильтею. Желание понять человека во всей его полноте и целостности привело его к критике «объясняющей психологии» с ее попытками сводить неизвестное к уже известному, сложное — к простому; где понять — значит объяснить, отыскивая причину происходящего. Вместо каузального объяснения, которое опирается на внешние умозрительные конструкции, В. Дильтею

предлагает совершенно иной методологический принцип — *понимание*. Понять — значит обратиться к *внутренним основаниям* — к тому, что значит для меня это событие моей фактической жизни. Понимание, таким образом, оказывается связано с *извлечением смысла*. Понимающий подход к человеку видит в нем свободного субъекта и стремится постичь субъективный и каждый раз уникальный смысл переживаний и суждений вот этого человека; постичь тот смысл, который порожден им самим изнутри его собственного живого опыта [Дильтей, 1996].

М. Мамардашвили рассматривает смысл как «завершенный план сознания», который не дан нам эмпирически, но имеет решающее значение для нашего опыта. Согласно М. Мамардашвили, наша сознательная жизнь совершается всегда, имея параллельно некоторый «завершенный план сознания», с которым *соотносится* то, что происходит в горизонтальном, эмпирическом измерении. Если нет сопряжения с этим завершенным планом, мы «застреваем в обыденности». Мы будем бесконечно бродить в области эмпирии, пока не вступим в прямой контакт с этой целостностью. В этом соприкосновении с Целым и устанавливаются каждый раз смыслы. Через смыслы нечто большее входит в наш опыт и совершается в нем с бесконечным множеством вариаций. Надо испытывать «уважение к тому большему в нас, чем мы сами» [Мамардашвили, 2010, с. 280].

В свете нового смысла мы можем по-новому посмотреть на те же самые эмпирические данные; увидеть происходящие события в другом масштабе, в другой перспективе, чем они происходят в причинно-следственной цепи. Смысловой план обеспечивает нашу независимость от эмпирических событий и таким образом «спасает», как говорит М. Мамардашвили, человека от эмпирической зависимости. Человек, считает М. Мамардашвили, в принципе не воплотим в реальном эмпирическом пространстве и времени.

По В. Франклу «*воля к смыслу*» является важнейшей антропологической характеристикой человека — необходимым условием жизни, которое позволяет полностью проживать и понимать настоящее, мотивировать себя и организовывать собственную жизнь и деятельность. М. Босс видит жизнь человека как «бытие-в-мире-смыслов» [Цит. по: Шумский, 2010, с. 62].

Источник обретения смыслов для В. Франкла — та же причастность Целому — Жизни: не человек ставит вопрос о смысле своей жизни — жизнь сама ставит этот вопрос перед ним [Франкл, 1990].

Как их обнаружить? Никто, в том числе логотерапевт, не может дать человеку его собственные смыслы. Их нужно искать и находить самому.

В данной работе мы будем исследовать возможность постижения актуального смысла средствами *феноменологической методологии*. Феноменология описывает глубочайшие сокровенные переживания человека; открывает возможность человеку здесь-и-теперь во всей полноте высказывать самого себя, относиться к опыту, как к самодостаточно-му — такому, который может быть понят «изнутри самого себя», без обращения к внешнему причинному объяснению. Завершением такого переживания может стать рождение, «*в точке самого переживания*», имманентного самому переживанию смысла; смысла, который порожден *изнутри собственного живого опыта*, когда «душа движется на слух по шелесту действительной ткани жизни» [Мамардашвили, 2010, с. 298].

Как создать условия, которые не будут «предписывать чувствам какой-либо закон, а позволят им *самим выговориться о себе*» [Гете. Цит. по: Свасьян, 2001. с. 125]? Как создать условия, при которых сам опыт смог бы подыскать себе соответствующие понятия и выразиться через них? Иными словами, как открыть возможность самому переживанию обречься в соответствующие ему понятия?

Говоря так, мы ищем условия, которые позволяют человеку становиться «*автором собственной жизни* — тем, кто способен принимать свободные и ответственные решения» [Леонтьев, 2001]. Эту авторскую позицию В.А. Петровский называет «*самополаганием*» [Петровский, 2010, с. 482]. На пути самополагания человек «*высваивает*», как говорит В.А. Петровский вслед за М. Хайдеггером, себя — свои возможности и свои смыслы.

Цель данной работы состоит в исследовании некоторых условий и способов, которые открывают человеку возможность «высваивать» себя изнутри собственного живого опыта, выявляя актуальные его настоящие смыслы.

Вернемся к мысли В. Франкла жизнь сама ставит вопрос о смысле перед человеком; все, что мы можем делать — это быть открытыми для смыслов, которые предоставляет нам сама жизнь. Жизнь предоставляет их нам разными способами: прежде всего укажем на опыт «впечатления» М. Пруста [Буякас, 2009] и на сновидения [Буякас, Попов 2012]. В данной работе мы остановимся на обнаружении имманентных жизни смыслов средствами сообщений собственного тела.

Р. Лейнг всегда подчеркивал, что базисом, на котором устанавливается личность, является *ощущение собственного тела*. Средствами тела человек переживает себя как реального, живого и целостного, а «свою личность как воплощенную» [Лейнг, 2002]. «Требовательный характер целого — призыв исполниться переживается человеком как некая телесная интенция, которая побуждает человека отозваться на этот Зов» [Буякас, 2009, с. 34].

Как можно услышать эту телесную интенцию? Как стать сопричастным этому глубинному потоку побудительной силы Целого?

Мы предлагаем в качестве средства, позволяющего *выслушивать свою телесную интенцию* — метод «Ведомого рисования», который был разработан доктором психологии М. Гиппиус-Дюркхайм, ученицей Ф. Крюгера. Основанием методики послужили положения диссертации М. Гиппиус «Графическое выражение чувств», которую она защитила под руководством Ф. Крюгера в Лейпцигском университете в 1936 г. «Ведомое рисование» есть базовая методика экзистенциально-инициальной Школы К. Дюркхайма (Рютте, Германия), а ее ведущим Учителем более 40 лет была Урсула Круг (Ursula Kroug). И теперь эта методика используется в качестве базовой в разных Центрах инициальной психотерапии Германии, Франции, Латинской Америки, Австралии [Буякас, 1997, 2000; Архангельская, Пузырей, 2013; Scholler, 1983; Elbrext, 2006].

Следует подчеркнуть, что факт соотнесения *переживания с его телесным выражением*, мы хорошо знаем из работ Ю. Джендлина. Он подчеркивает, что *переживание всегда испытывается нами телесно* [Джендлин, 2000]. Однако в работах Ю. Джендлина сделан чрезвычайно важный следующий шаг: автор говорит не только о телесном выражении переживания, но и о порождении при этом **«телесно чувствуемого смысла»!** Телесно чувствуемый смысл Ю. Джендлин считает надежным и достоверным, однако изначально неотчетливым — «смутным, спутанным, неуловимым». Когда же удастся найти для его выражения подходящий символ, он становится «завершенным, полным и сформированным». Поэтому для Ю. Джендлина важнейшим является вопрос: как осуществить прямое обращение, прямую референцию к переживанию и его чувствуемому смыслу? В этих целях Ю. Джендлин разработал метод «Фокусирования», который, как он считает, позволяет установить контакт с чувствуемым смыслом. Мы полагаем, что «подходящий символ» может быть выявлен методом «Ведомого рисования», в процессе которого человек, с одной стороны, выслушивает свою телесную интенцию, а с другой — *находит соответствующий ей символ*. Этим символом является *«фиксированная графема»*. Иными словами, мы полагаем, что «Ведомое рисование» может оказаться тем методом, который инициирует прямое обращение, прямую референцию к телесному переживанию и его чувствуемому смыслу и позволяет ему стать «завершенным, полным и сформированным».

Процесс «Ведомого рисования» требует от человека полного присутствия внутри непосредственного опыта до тех пор, пока этот опыт не выскажет, не распахнет себя во всей полноте до упора в форме *«фикси-*

рованной графемы». Движения направляются только по внутреннему отклику — «шелесту действительной ткани жизни». Прислушиваясь к нему (к себе), человек открывается тому, что *ведет его изнутри, входит в контакт со своей внутренней интенцией*. Действуя так, он позволяет устанавливаться тому, что действительно находится, действительно *живет сейчас* в поле его сознания; дает ход тому, что само себя устанавливает, не подвергая его внешней интерпретации — позволяет «природе самой интерпретировать себя» (Гете). Процесс «Рисования» открывает возможность воссоединиться со своими про-из-водящими возможностями и, соответственно, понимать себя, исходя из своего собственного живого опыта. Человек открывается внутреннему, имманентному и трансцендентному в себе. Так тело становится глубоким и богатым выразителем души.

Описанные характеристики процесса «Ведомого рисования» позволяют рассматривать его как «феноменологическое движение» [Буякас, Попов, 2012]. Феноменологическое движение устанавливает человека в поток устремленного к целому (и устремленного целым) движения.

Как показано в исследованиях Т.М. Буякас [Буякас, 2000], процесс «Рисования» завершается, когда испытуемый *упирается* в окончательную, *фиксированную форму* (графему), дальше которой здесь-и-теперь процесс не развивается. Этот «упор» переживается человеком как чувство внутренней несомненности: открывшаяся форма есть для него сейчас та *«скала под песком, в которую упирается сомнение»* [Мамардашвили, 2010]. Случилось событие извлечения опыта — опыт *«кристаллизовался в структуре»* (М. Мамардашвили). Здесь возможны два варианта.

1. Одновременно с рождением этой графической формы, в «едином акте с переживанием» (по Б.М. Теплову), рождается ее *ясный и точно вербализуемый смысл*. В данном исследовании такое качество осмысления было только у трех испытуемых.

2. Окончательная графема, в которую «упирается» процесс «Рисования», назовем ее «фиксированной графемой», еще не соотносится для испытуемого со столь определенным смыслом, что он может его вербально сформулировать. И таких случаев, как показывают исследования Т.М. Буякас, заметное большинство.

Следует отметить, что нечто подобное подчеркивает и Ю. Джендлин, описывая возможности метода «Фокусирования»: «очень часто оказывается, что найденный символ лишь частично покрывает переживание, что *требует дальнейшего прояснения переживаний клиента совместно с терапевтом*» — диалога [Улановский, 2012, с. 119].

Как организовать это «прояснение»? Мы предположили, что дополнительное использование метода «Фокусирования» может оказаться

здесь продуктивно. Соответственно, испытуемому было предложено повторять «фиксированную графему», выслушивая свое телесное чувство («felt sense», FS по Джендину), и, следуя ему, нарисовать тот образ, который из него вытекает. Телесное чувство (FS) «фиксированной графемы», как показывает опыт, достаточно определенно переживается испытуемым, и это открывает возможность отыскать точное соответствие ему в образе.

Соответственно, основанием диалога, проясняющего переживания клиента, станут два текста — графический и живописный.

Что позволяет нам предполагать возможность смыслового прочтения «фиксированной графемы» — перевода смысла, выраженного на языке тела и графики, на язык вербальный?

Прежде всего, — представления Э. Гуссерля, опираясь на которые Р. Мэй говорит, что «в сфере интенциональности лежат глубинные для человека смыслы его проблемы или ситуации» [Цит. по: Улановский, 2012, с. 62]. «Ведомое рисование» высвобождает эти глубинные жизненные интенции и открывает возможность графической фиксации их смысла.

Далее, — исследования в отечественной психологии, которые предполагают возможность такого перевода. Обратимся к ним.

«Фиксированная графема» не есть механическое, автоматически совершаемое движение; его выполнение всегда аффективно и эмоционально окрашено. Поэтому его, безусловно, следует отнести к категории «живого движения» (Н.А. Бернштейн). Согласно Н.А. Бернштейну, живое движение не просто повторяется, но каждый раз строится. При элементарной внешней форме оно имеет богатую живую внутреннюю форму. Недаром Н.А. Бернштейн для описания живого движения использовал такую метафору, как «паутина на ветру». В своих исследованиях Н.А. Бернштейн проникал за внешнюю оболочку живого движения в его внутреннюю структуру. Он понимал, что для того, чтобы построить движение, мало знать, как оно выглядит снаружи, нужно знать, как оно выглядит изнутри.

Чтобы ожить и не быть мертвым и схематичным, движение должно заговорить изнутри — наполниться *смыслом*. «Когда движение утрачивает свои субъектные свойства, свой смысл, оно превращается в моторные персеверации» [Зинченко, 2000, с. 51].

Имманентное присутствие личностного, аффективно окрашенного смысла делает движение не просто «геометрической кинемой», но живым движением, которое «мы не только исполняем, но и прочитываем: называем двигательными фразами, высказываниями, кинетическими мелодиями, говорим о поэтике движения» [Зинченко, 2000, с. 62]. Смысл, таким образом, — не внешнее по отношению к движению обра-

зование, он укоренен в движении, он представляет собой *внутреннюю форму* движения. Исходя из этого, «фиксированную графему» мы будем рассматривать как знак, которому корреспондирует личностный смысл. Как обнаружить этот смысл?

Ядром внутренней формы, как считает В.П. Зинченко, являются моторные программы, питающие ее энергией, без которой внутренняя форма не может быть живой, порождающей. Что позволяет моторной программе оказаться живой, порождающей? Смыслы! Опять мы видим роль и возможности смысла: в своих исследованиях В.П. Зинченко показал, что «язык моторных программ это, возможно, и есть язык *глубинных семантических структур*, который может выполнять функцию универсального языка-транслятора с языка, например, образов на язык слов или действий. ... Возможность переноса моторных структур на вербальные ... приоткрывает тайну языковых и, соответственно, семантических структур» [Зинченко, 2000, С. 80].

Итак, *глубинная семантика*, которая высказывает себя, транслируется через моторику, есть тот общий источник, корень, который может принимать форму движения, действия, образа, слова. Можно думать, что «фиксированная графема» есть эта внутренняя форма образа и слова — *графический язык глубинных семантических структур*.

Исследования В.П. Зинченко предполагают, как мы думаем, возможность трансформации «фиксированной графемы» в соответствующие ей образ и слово. Иными словами, возможность образно и вербально сообщить глубинную семантику движения, изначально высказанную на языке графики, — осуществить перевод графического языка смысла на язык вербальный.

Обоснование методики исследования.

Метод «Ведомое рисование»

Расширим смысловые рамки метода, рассмотрев его в контексте аналитической психологии К. Юнга. Согласно К. Юнгу, в символе сосуда представлена идея скрытой идентичности содержимого и содержащего. Идея того, что емкость и ее содержимое — одно и то же, родилась у К. Юнга на основе его собственного опыта, из воззрений алхимии, а также из этимологии слов «понятие» и «осмысление». «Во многих языках, — пишет М.Л. фон Франц, — эти слова отражают функцию емкости — средства улавливания и удержания в определенной форме идеи или какой-то сущности, которые при этом *принимают форму, удобную для их сохранения*» [Франц, 2007, с. 27].

Иными словами, форма сосуда (сохраняющего идею) будет определяться формой идеи, ее смыслом. К. Юнг, таким образом, подчеркива-

ет, что *по форме сосуда* можно видеть, как к проблеме относится сама психика, т.е. пытается понять психику средствами самой психики. Такое понимание он называет «символическим мышлением», а мы скажем, что это есть феноменологическая стратегия понимания.

К «фиксированной графеме» мы будем, соответственно, относиться как к сосуду, форма которого определяется тем смыслом, который он вмещает в себя и выражает. А «Ведомое рисование» будем рассматривать как процесс, который *сам строит себе форму выражения своего содержания — телесно чувствуемого смысла.*

Метод «качественного исследовательского интервью»

Выявленные в процессе «Ведомого рисования» смыслы, выражены, в большинстве случаев, *на языке тела и графики.* Понимание опыта «фиксированной графемы» и перевод графического языка смысла на язык вербальный организован в нашем исследовании средствами диалога психолога-исследователя с испытуемым методом качественного полуструктурированного интервью [Квале, 2009].

Первая особенность интервью:

Хорошо известно, что вопросы к тексту структурируют и упорядочивают опыт человека. С. Квале замечает, что основной проблемой качественных исследований являются недостаточно ясно сформулированные вопросы к тексту. Какие вопросы к тексту («фиксированной графеме») следует ставить в диалоге, чтобы они позволили структурировать опыт испытуемого так, чтобы открыть возможность понимания смысла, произведенного на графическом языке?

В исследовании [Буякас, Попов, 2012] было показано, что использование определенного фиксированного перечня вопросов открывает возможность для пошаговой интерпретативной работы: упорядочивает процесс феноменологического движения и приводит его к раскрытию смысла. Эти вопросы должны:

1) *амплифицировать переживание*, группируясь вокруг темы «Что ты чувствуешь?». Своими вопросами исследователь обостряет чувствительность ко всему, что вплетается в канву переживания. Он обращает внимание испытуемого на:

- *специфику его поведения* — *вербального* (речевые и эмоциональные акценты; изменение темпа речи; паузы и пр.) и *невербального* (смена позы; перемены в настроении; проявление экспрессивности; и пр.);
- *особенности графики:* пространственные параметры изображения; степень нажима; качество штриха; смена темпа, и пр.

Постановка вопросов такого качества требует от психолога-исследователя определенной квалификации как в понимании графического

языка, так и в способности наблюдать психологическое состояние испытуемого. Исследование К. Эльбрехт, ученицы К. Дюркхайма [Elbrecht, 2006], учит задавать продуктивные вопросы к графике;

2) *быть направлены на соотнесение с собой*, на чувство внутреннего соответствия: «Как ты к этому относишься?», «Соответствует ли это тебе?», «В чем смысл этого для тебя?», и пр.;

3) *быть направлены на связь с бодрствующей жизнью* испытуемого: «Что в Вашей жизни похоже на это?», «Что в Вашей жизни вызывает такое же чувство?», «Что в Вашей жизни это напоминает?», и т.д.

Перечисленные вопросы позволяют испытуемому увидеть более полную палитру своих чувств, полнее и глубже выслушивать и осознавать переживание. Диалог строится на базе указанных вопросов.

Вторая особенность интервью: диалог должен быть построен на базе феноменологической познавательной стратегии.

«Ведомое рисование» не предлагает *готовый ответ чужого сознания*, а создает условия для рождения своего собственного ответа — *ставит человека в ситуацию самоопределения*: в ситуацию произведения своего собственного смысла.

Соответственно, задача диалога — не закрыть собственный опыт испытуемого внешними теоретическими конструктами исследователя, но, наоборот, — открывать возможность «заговорить самому тексту» («фиксированной графеме»): позволить «сказаться ему полнее, точнее, членораздельнее», т.е. амплифицировать само понимаемое, «открывать ему дорогу, давать возможность выйти нам навстречу» [Пузырей, 2005, с. 311]. Иными словами, диалог *должен сохранять возможность «феноменологического движения»*, которое предоставляет метод «Ведомого рисования». Это значит, что диалог должен направляться и конституироваться данными, которые *предоставляет сам опыт*. Соответственно, основанием для вопросов будут также данные непосредственного опыта.

Описание структуры и динамики процесса феноменологического движения к вербально сформулированному смыслу мы будем осуществлять методом «Обоснованной теории» А. Страусса и Дж. Корбин [Страусс и Корбин, 2007].

Метод обработки данных: «Обоснованная теория»

К настоящему времени в качественных исследованиях существует несколько подходов, которые отличаются процедурами сортировки и кодировки данных, выделения категорий и паттернов. Все они нацелены на решение одной задачи — осмысление некоторого феномена. Мы будем использовать подход «Обоснованной теории» А. Страусса и

Дж. Корбин. Эта стратегия позволяет структурировать, связывать и обобщать опытно полученные данные по специально разработанной схеме анализа [Страусс, Кобрин, 2007].

В исследовании приняло участие 20 психологов (15 женщин и 5 мужчин) в возрасте от 21 до 35 лет. Со всеми участниками было проведено два обучающих занятия методами «Фокусинг» и «Ведомое рисование». Обучение «Ведомому рисованию» начиналось с графической медитации на «праформах».

Процедура проведения исследования

С каждым предварительно обученным испытуемым была проведена одна сессия. Сессия начиналась с предварительной телесной медитации, которая позволяла испытуемому попасть в более собранное состояние: сконцентрироваться, погрузиться в себя, в свою внутреннюю тишину, стать более присутствующим.

«Ведомое рисование»: человек, который через предварительную медитацию уже «сбран», т.е. присутствует в полноте своего существа, садится перед листом белой бумаги (размером 60 × 40 см). Глаза его закрыты, в руках у него черные восковые мелки.

Инструкция: «Переведите внимание на глубинное внутреннее пространство (грудь-живот-таз), усильте ощущение этого пространства, наполняя его своим дыханием. Вслушайтесь в *телесное чувство* (Felt Sense — FS) этого пространства — в то, как оно ощущается (инструкция Ю. Джендлина, соответствующая методике «Фокусинг», которой мы дополнили стандартную процедуру «Ведомого рисования»). Задайте себе вопрос: в чем сейчас *главная направленность моей жизни?* Каков сейчас мой *ведущий актуальный смысл*, который поможет мне *следовать* этой направленности?»

Не отвечайте на вопрос; оставаясь с ним, приступите к «Ведомому рисованию» — пусть говорит Ваше тело. Начните с движений, которые случаются как бы сами собой, и при этом *внимательно выслушивайте свой внутренний отклик* на эти движения. Ничто не должно предопределять их — никакие предваряющие образы и установки. Вначале Вы будете производить много «лишних» движений, но в какой-то момент Вы почувствуете, что совершаете какое-то «правильное» для себя движение — его выполнение идет в полном согласии с внутренним переживанием и сопровождается чувством правильности. Теперь Ваша задача — *следовать за этим откликом соответствующими движениями* по листу бумаги; *выверять*, насколько соответствует *внутренний голос его графическому выражению*. Своими движениями Вы как бы узнаете и выслушиваете свой отклик. Следуя за этим соответствием, Вы постепенно от-

кроетесь тому, что *ведет Вас изнутри*, войдете в контакт со своей *внутренней интенцией и начнете раскрывать ее*. Когда Вы надежно встроитесь в этот поток, Вы почувствуете, что голос внутреннего ведущего усиливается и процесс разворачивается по своей собственной внутренней логике. Следуйте ей — позвольте процессу вести себя, никак не управляя им. Со временем, возможно, Вы «упретесь» в движение, которое далее не развивается. Назовем его «фиксированной графемой». Прodelайте ее еще несколько раз, чтобы убедиться, что сейчас Ваш процесс завершен.

Повторите «фиксированную графему» несколько раз, выслушивая свое телесное ощущение (FS). Какое слово, образ, *вытекает из* этого телесного чувства? Можете ли Вы подобрать слово, передающее суть ощущения? Мягко откройте глаза. Напишите слово; выразите в рисунке свои чувства и переживания, которые Вы испытываете сейчас. Как мог бы выглядеть этот опыт, если Вы выразите его в рисунке?

Уточнение: Ваш рисунок может быть выполнен в любом стиле, самыми разными способами: только цветом, только линиями; быть выражен в любой графической и живописной манере.

После того, как испытуемый завершит самоотчет в виде рисунка, мы переходим к исследовательскому интервью на базе вербального, графического и живописного самоотчетов.

Эмпирические данные

Опишем ход процесса. Прежде всего, очевидно, что двигаться, выслушивая себя-сейчас-здесь-присутствующего, человеку не так просто. Ему трудно выйти за пределы неких предустановочных движений, открыться своей свободе и спонтанности. Некоторые испытуемые, скорее, искусственно конструируют движения, чем сопровождают себя. Конструирующий характер процесса, как правило, очевиден: это предпочтение прямых, угловатых форм (линий, соответствующих мужскому архетипу) и сильный равномерный нажим. Известно, что мужские формы требуют сознательного контроля [Elbrecht, 2006]. Однако постепенно человеку удастся начать выслушивать свой внутренний отклик и графически следовать за ним — сопровождать самого себя.

Возможны случаи, когда новое движение пугает человека или переживается им как «неприятное»: «Это движение напугало меня, оно было очень неожиданно. Оно мне неизвестно, но я пошла за ним». Чтобы продолжать следовать за собой, порой, требуется большое мужество и честность: «Я сейчас открываюсь в рисунке, мне это неприятно, но я продолжаю это делать, потому что кому-то внутри меня это необходимо».

Совершая движение, человек ясно осознает, насколько оно ему соответствует. Этот отклик позволяет различать «чужие себе», случайные движения и те, на которые отзывается все внутреннее существо. Выслушивая отклик, человек постепенно обучается входить в контакт с тем, что ведет его изнутри, — со своей внутренней интенцией. Испытуемый хорошо осознает, когда он входит в этот контакт: «я лишь следовала за тем, что исходило откуда-то изнутри»; «я стал союзником себя! Позволил вести себя своему неведомому внутреннему потоку», и т.п.

С некоторого момента голос внутреннего ведущего усиливается. Движения становятся более определенными и выразительными. Теперь уже не испытуемый ищет соответствие своих движений внутреннему чувству, а сами движения обретают требовательный характер. Испытуемый переживает присутствие некоего *внутреннего императива*: «это движение совершенно непонятной и таинственной силой *заставляет меня* непрерывно его повторять»; «возникло чувство, что я просто обязана совершать это движение. Будто оно какое-то слово, которое просто необходимо сказать, выразить. Будто это крик моей души», и т.д.

Самоотчеты подобного рода есть для нас убедительное свидетельство того, что испытуемый вошел в прочный контакт со своей внутренней интенцией. Следуя ей, он теперь быстро находит движение, которое далее не трансформируются: «Я нашел свое движение. Я не хочу и не могу сейчас другое рисовать». Человек устойчиво фиксируется на определенной форме, повторяя ее вновь и вновь — он, будто, опирается в самого себя. Эта форма как бы «сама выходит» из его рук, создавая ощущение «творящего потока», который течет без усилий. Человек чувствует себя, скорее, проводником того, что исходит откуда-то изнутри на бумагу: «будто что-то само нашло выход из глубины и просто льется на лист, завоевывая себе место быть в этом мире сейчас».

Все испытуемые находили такую форму. На базе этого движения начнется диалог с психологом.

Используя язык М. Мамардашвили, можно сказать, что человек опирается в «*скалу под песком*» — во «внутреннее феноменальное препятствие». Эта графема для него сейчас несомненна.

Эту власть текста графемы испытали практически все наши испытуемые. И в этом для нас свидетельство ее валидности.

О власти внутренней силы нам часто рассказывают мастера искусства. Например, И. Бродский говорит о «диктате языка», о том, что, порой, «язык подсказывает или просто диктует следующую строчку» [Бродский, 2010, с. 20]. И поэтому он называет текст «ускорителем сознания», ибо «заканчивающий стихотворение поэт значительно старше, чем он был, за него принимаясь» [Бродский, 2010, с. 82].

Подобное наблюдает испанский художник Х. Миро: «Я начинаю картину, и по мере работы картина начинает *сама заявлять о себе, а моя кисть ей соответствовать*. Форма рождается в процессе работы. Мой запас форм формировал себя *почти вопреки мне...* Произведения созревают у меня в голове, как в огороде. Я работаю как садовник» (Собственные комментарии к рисункам на выставке Х. Миро).

Важно, что эта «скала под песком» переживается как прочное соответствие самому Себе и обостренное чувство себя: «Я чувствую, что это, действительно, я. Будто мое действительное Я вышло наружу из-под оков. Я ощущаю свое полное присутствие — я вся здесь и вся сейчас. Так я могу, ничего не говоря, просто быть собой»; «совершая это движение, я делаю что-то очень истинное для меня. В нем как-то таинственно явлена *правда меня*: Да-да-да! Тебе *это* надо!»

Развитие процесса отражается не только субъективно, но и находит свое внешнее выражение. Наблюдая за тем, как работает человек, можно зафиксировать момент встречи с несомненным для него движением: *мимика становится участвующей*, как бы свидетельствуя о попадании в состояние какого-то *согласия с самим собой*; может появиться легкая, едва заметная улыбка; меняется *поза* — человек как бы садится в самого себя. Может измениться качество штриха: степень нажима, форма, темп, и пр.

Наблюдая за испытуемым, видишь, что человек переживает что-то волнующее и значительное для себя. Это особое состояние респондента заметно не только внешнему наблюдателю, но очевидно и ему самому. Это волнение говорит, что человек сейчас встретился не просто с неким знанием, а проживает что-то значительное — как бы возвращает себе свою «природную связь с глубиной, волнующей и никогда не проясняемой до конца» [Седакова, 2010]. Об этом же говорит и Ю. Джендлин: «когда найден подходящий символ для телесного ощущения, приходит чувство облегчения, будто тело благодарит, что ему позволили проявить целостность своего бытия» [Джендлин, 2000, с. 34].

Проживание этой «счастливой тревоги глубины» [Седакова, 2010] есть убедительное свидетельство события, которое вырастает из *непосредственной данности самого переживания*, а не есть следствие рассуждений. Именно поэтому оно и затрагивает всего человека, *целостно переживается им*, всем его существом, и, прежде всего, телесно. Только когда затронут внутреннее существо человека, его целое, появляется возможность так несомненно и значительно заявить о себе. Изначально — в *символической форме* в виде некой графемы. Это, можно сказать, «письмо, написанное тебе лично тобой лично» [Седакова, 2010] средствами которого человек понимает са-

мого себя, исходя из самого себя («Я и садовник, я же и цветок» — О. Мандельштам).

«Фиксированная графема» обычно переживается *всем телом*. Порой испытуемый чувствует, что все его тело хочет совершить это движение — исполнить некий танец: «Всему моему телу хотелось следовать за моими руками. Это было похоже на какой-то танец». Такой танец телом есть, с нашей точки зрения, случай предельного откровения внутренней интенции, ее власти и несомненности.

В таких случаях (чтобы дополнительно усилить и укоренить опыт в теле) мы просим человека встать и произвести найденное движение всем телом. Движение разворачивается, наполняется оттенками и обертонами, превращаясь действительно в некий жест-танец. Тело становится глубоким и богатым выразителем души. Душа сообщает себя через живой волнующий жест. Про этот жест мы можем сказать, используя язык Михаила Чехова, что «так жестикулирует наша душа» [Чехов, 1986].

Этот жест, выращенный из самой глубины, открывает возможность для постановки дополнительных, крайне продуктивных вопросов в диалоге.

Выполнение инструкции: выразить *в рисунке* свои чувства и переживания в процессе медитации на «фиксированной графеме», — имело две разные формы.

1. Практически у половины испытуемых (8 из 20) возникал *предметный рисунок*. Типичный пример самоотчета в таком случае: «В какой-то момент я почувствовал, что это именно то движение, которое мне нравится, но *что это значит, еще не родилось. А потом возникла эта картина*: я, дирижирую своим оркестром, делаю движения кистями рук, как дирижерской палочкой». Испытуемый рисует оркестр, ноты, себя.

2. У другой части испытуемых (9 из 20) не возникало какого-либо предметного образа — используя разные цвета, они рисовали, скорее, геометрическую фигуру, по своей форме близкую к «фиксированной графеме».

Оба варианта рисунка заметно расширяли возможности для построения полуструктурированного интервью.

Обработка эмпирических данных

Приведем пример диалога, в котором отражены главные закономерности процесса понимания смысла «фиксированной графемы» и пошаговой интерпретативной работы методом «Обоснованной теории» (ОТ).

Испытуемый Э.

№	Диалог: испытуемый (И) — психолог (П)	Тип вопроса	Структурные компоненты ОТ: категории (К), субкатегории (СК)
1	П.: Что Вы чувствовали, исполняя «фиксированную графему»?	Соотнесение со своими чувствами	
2	И.: Это движение мне сразу понравилось, стало созвучным мне. Но оно пришло не сразу, я его долго искал. В какой-то момент я почувствовал, что это движение мне нравится, но, что именно...? Возникло состояние... покоя, умиротворенности, но что это значит, еще не родилось. А потом возникла эта картина: я дирижирую своим оркестром, делаю движения кистями рук, как дирижерской палочкой; в определенных местах делаю акценты. Оркестр почему-то в темноте, хотя музыку я слышал не мрачную. Ноты были белые, а все остальное темное		Категория 1. Дирижер своего оркестра. <i>СК1 — Свойства:</i> оркестр почему-то в темноте, ноты белые
3	П.: Для Вас — дирижера, важно, чтобы был оркестр?	Личностный смысл К1	
4	И.: Да, безусловно, без него деятельность теряет смысл		Подтверждение
5	П.: А смысл для Вас в этой деятельности состоит в...?	Личностный смысл К1	
6	И.: Я дирижирую оркестром, причем, не воображаемым, а реальным. Эти движения — управленческие, и их на ком-то надо реализовать. Кто-то должен показывать момент, когда играть. Мой оркестр. Мои музыканты. Силуэты музыкантов были в темноте		<i>СК1 — Свойства:</i> оркестр не воображаемый, а реальный <i>СК1 — Стратегия управления:</i> управленческие движения, кто-то должен показывать
7	П.: Можно сказать, что для Вас в жизни важно, чтобы присутствовала возможность управления?	Связь с бодрствующей жизнью	
8	И.: Да, именно, мне важны управленческие функции		<i>СК1 — Следствие:</i> мне важны управленческие функции

9	П.: Вы сказали «мой оркестр», и нарисовали его. Как Вы при этом чувствуете себя?	Соотнесение со своими чувствами	
10	И.: <i>Я — Хозяин</i>		Категория 2. Хозяин
11	П.: Хозяином?	Подтверждение	
12	И.: Безусловно		Подтверждение
13	П.: Это состояние, как говорится, по жизни, Вам важно?	Связь с бодрствующей жизнью	
14	И.: Да, безусловно! Это важно для меня. (Пауза). Я думаю, что сейчас понимаю, в чем тут дело: это мои нереализованные амбиции. Деятельность собственно дирижера меня не интересовала никогда. Это касается моей настоящей деятельности, моей работы. Здесь я должен быть дирижером, руководителем, а я не начальник на работе		<i>СК2 — Условия появления:</i> моя работа; нереализованные амбиции; я не начальник на работе. <i>СК1 — Стратегия управления:</i> я должен быть дирижером, руководителем
15	П.: Вам нужен именно оркестр?	Следование за	
16	И.: Да, (пауза) именно оркестр. На данный момент я занимаю определенную должность, но это не совсем то, <i>не тот масштаб</i>		<i>СК2 — Свойства:</i> определенная должность, но это не тот масштаб.
17	П.: Для Вас важен масштаб?	Следование за	
18	И.: Да, это должно быть не трио и не квартет, это должно быть оркестр симфонический. Симфонический — ключевое слово: в нем заложен масштаб		Категория 3. Масштаб
19	П.: То есть Вам нужно быть дирижером большого симфонического оркестра, а не квартета?..	Следование за	
20	И.: (Длинная пауза). Да... мне кажется, я это знал, но в тоже время... <i>для меня это открытие! Мне важен масштаб!</i>		<i>СК3 — Условия появления:</i> это открытие! <i>СК3 — Следствие:</i> мне важен масштаб!
21	П.: Ваш рисунок занимает весь лист, задействовано все пространство	Обращение к рисунку, амплификация переживания	

22	И.: Да, в этом виден масштаб. Мне важен масштаб (Пауза). Теперь я буду знать, к чему мне надо идти		<i>СКЗ — Следствие:</i> мне важен масштаб. <i>СКЗ — Стратегия управления:</i> теперь я знаю, к чему мне надо идти
23	П.: Уже есть ноты, но оркестр пока не освещен... , а Вы готовы?..	Соотнесение с собой	
24	И.: Да, я готов стать дирижером большого симфонического оркестра. Осталось только включить свет... (Пауза). Отчетливо и ярко видны ноты — у меня есть методы. Я чувствую себя профессионалом		<i>СКЗ — Следствие:</i> я готов стать дирижером большого симфонического оркестра. У меня есть методы. Я чувствую себя профессионалом
25	П.: Это было видно по лицу: когда Вы нашли свое движение, ваше лицо резко просветлело, появилась улыбка. Все тело убедительно говорило о степени Вашего профессионализма: руки выполняли сложный узор, чередовались, сменяли и подхватывали друг друга; порой, Вы, будто гладили что-то всей кистью. Участвовали все пальцы, было включено все тело	Подтверждение через обращение к опыту тела, амплификация переживания	
26	И.: Интересно как...(пауза). Действительно, я всем собой чувствую свои возможности		<i>СКЗ — Следствие:</i> интегральное осмысление — я всем собой чувствую свои возможности
27	П.: Итак, соберем все вместе. Я — дирижер, я какой?	Побуждение к созданию нарратива	
28	И.: Я готов стать дирижером большого симфонического оркестра. Я спокойный и уверенный дирижер. Рисуя, ощущая себя на этом мостике, я чувствую себя уверенно. Я был в процессе, в котором я уверен. Я чувствую себя профессионалом. Теперь я знаю, к чему мне надо идти: мне важен масштаб, а не рамки		Формулировка нарратива — смысла

Феноменологическая познавательная стратегия не требует *внешнего объяснения* того, с чем мы имеем дело; но предполагает особую способность осуществлять *раскрывающее* движение по *высвобождению* некоей силы целого, с помощью которой это Целое само себя устанавливает [Буякас, Попов, 2012]. Феноменологический подход открывает возможность для другого типа понимания: понимать — значит позволять устанавливать тому, что действительно находится, действительно *живет сейчас* в поле сознания этого человека; давать ход тому, что само себя устанавливает; полагаться на собственное, непосредственное внутреннее видение — на «действительную реальность — то, что вырастает из нас самих» [Мамардашвили, 2010].

Целое невозможно схватить в качестве объекта, ибо это не то, что человек «имеет», — его можно лишь постигать, помогая разворачиваться, раскрываться тому знанию, которое не существует ни внутри личности, ни во вне у исследователя. Оно конституируются. На примере яркой метафоры, отличающей шахтера от путешественника, С. Квале поясняет суть этого различия. В «шахтерском подходе» предполагается поиск смысла, который существует, но глубоко скрыт. В «подходе путешественника» исследователь участвует в создании смысла, которого у человека еще нет [Квале, 2009]. То есть это не попытка извлечь то, что уже есть, готовое — это работа *понимания как распахания пути* тому, что само себя устанавливает. Этот процесс носит всегда *диалогический характер*. Здесь самое время вспомнить М.М. Бахтина: «Подлинная жизнь личности доступна только диалогическому проникновению в нее, которому она сама ответно и свободно раскрывает себя» [Бахтин, 1979].

Базовым критерием того, что диалог организован правильно, является *развертывание процесса* понимания. Действительно, мы видим, что в процессе диалога изначальный текст постоянно развертывается: отвечая на вопросы, испытуемый все глубже и точнее утверждает в понимании себя. Диалог становится тем инструментарием, в котором и через который порождается это понимание. Обнаруживая свои чувства и переживания через текст диалога, испытуемый видит новые аспекты и новые связи, которых он ранее не осознавал. Они впервые производятся самим текстом и в самом тексте. В итоге этот путь упирается в понимание: «Теперь я знаю, к чему мне надо идти: мне важен масштаб, а не рамки. Я готов стать дирижером большого симфонического оркестра».

Как это видно, мы задавали три типа вопросов к тексту (вербальному и живописному): 1. «Что ты чувствуешь?»; 2. «Как ты к этому относишься? Что это значит для тебя?»; 3. «Как это соотносится с жизнью?». Кроме того, так как феноменологическая стратегия предполагает *следование за человеком* («раскрывающее сопровождение»), вопросы иссле-

дователя были напрямую обращены к высказываниям испытуемого, а также к его невербальному поведению. В данном диалоге мы видим, как некоторые вопросы обращены к тем категориями, которые сформулировал сам испытуемый (см., например, п.п. 15, 17, 19).

Анализ диалога показывает его общие свойства:

1. Использование определенного *фиксированного типа вопросов* (см. выше), открывает возможность для пошаговой интерпретативной работы: упорядочивает и структурирует процесс «феноменологического движения»; открывает возможность «устремить» феноменологическое движение к производству некоей очевидности — вербально сформулированного смысла.

2. Исследователь не нацеливает испытуемого отыскивать что-то предданное (не делает его «шахтером» по Квале), а своими вопросами высвобождает, устанавливает то, что впервые в жизнь производится. Это умение *сохранять в диалоге возможность феноменологического движения* есть обязательное свойство продуктивного диалога.

3. Все вопросы психолога *обращены к живому опыту человека*. Это позволяет испытуемому конституировать смысл через абсолютный по точности и достоверности *личностный критерий — свой собственный внутренний отклик*.

4. Диалог *усиливает пристальность внимания* испытуемого к собственному непосредственному переживанию. Исследователь обращает внимание на те моменты, на которые испытуемый сам не обратил достаточного внимания или даже вообще не заметил.

5. Вопросы к языку графики существенно *амплифицируют переживание*.

6. Крайне продуктивными являются вопросы, которые направлены *на связь с бодрствующей жизнью* испытуемого.

Таким образом, мы можем сделать вывод, что качественное исследовательское интервью на базе феноменологической стратегии диалога и трех типов фиксированных вопросов к тексту позволяет перевести графический язык смысла на язык вербальный.

Анализ диалога методом «Обоснованной теории» позволяет всмотреться в то, как происходит движение в понимании смысла.

Сначала обратим внимание на процесс структурирования.

1. Собственный рассказ испытуемого позволяет выделить изначально им самим обозначенную *Категорию 1*.

2. Вопросы психолога обнаруживают *структурные составляющие (субкатегории) Категории 1* — ее свойства, условия появления, следствия, стратегии управления (СК1). Иными словами, открывают возможность для ее полного раскрытия и развертывания.

3. Процесс диалога выявляет следующую *новую Категорию 2*, которой изначально в рассказе испытуемого не было.

4. Диалог открывает возможность для ее раскрытия и развертывания, обнаруживая связанные с ней *субкатегории (СК2)*.

5. Постановка вопросов к этим субкатегориям позволяет выявить *новую Категорию 3*.

6. Вопросы исследователя к Категории 3 и к связанным с ней субкатегориям позволяют испытуемому рассматривать и уточнять новый, обретенный им, смысл.

Мы видим, что в процессе диалога идет процесс *дальнейшего конституирования смысла*: открывается более содержательная и связанная картина — такая, которой *не было в изначальном тексте*. Умение сохранять в диалоге возможность феноменологического движения есть обязательное свойство продуктивного диалога.

Тот факт, что изначальный текст развертывается вопросами к личности испытуемого, свидетельствует, что смысл конституируется через *абсолютный по достоверности личностный критерий — внутренний отклик*. Именно эта *личностная значимость* категории позволяет столь богато «распахивать» ее контекст — «приводить к присутствию» связанные с ней субкатегории. *Работа понимания*, таким образом, идет как *«распахивание» пути* тому, что само себя устанавливает — т.е. пути «феноменологии инициального опыта» (А.А. Пузырей). Феномен *выслушивается и высвобождается* диалогом. Диалог такого качества мы называем *«понимающим»*.

Рассмотрим непосредственную *динамику процесса понимания*. Анализ диалога методом «Обоснованной теории» позволяет пристально вглядываться в динамику процесса, систематически осмысливать данные и связывать их; предлагает язык для описания и обсуждения.

Мы видим, что процесс диалога открывает возможность для *«наполнения»* (А. Страусс, Дж. Корбин) отдельных категорий связанными с ними субкатегориями, а также для выявления новых. Вопросы о *«личностном отношении»* и вопросы, *амплифицирующие переживание*, позволяют «наполнить» категории свойствами, условиями появления, следствиями, открывают стратегии управления ими. Вопросы о *«связи с жизнью»* как бы погружают некую категорию в жизнь. Она становится живой — начинает волновать человека, к ней рождается личностное отношение (см. п. 7, 13). А.Ф. Лосев в этом случае сказал бы, что идет «нагнетание жизни».

В процессе «наполнения» («нагнетания жизни») одна из категорий становится *«ведущей»* — «распахивается» «лучше» других: богаче, быстрее, активнее; она как бы «набухает», усиливается, ярче окрашивается — становится «выпуклой феноменологической очевидностью» (Ф. Васи-

люк). По-видимому, это «набухание» есть свидетельство того, что человек «уперся» в категорию, содержание которой он переживает как-то особенно полно, чувствует, что оно связано с чем-то крайне важным для него.

Обратимся опять к диалогу. Средствами ОТ было выделено три категории. Однако только Категория 3 («Масштаб») наполняется наиболее полно и динамично. «Наполнение» идет именно в процессе диалога, т.е. в пространстве, которое впервые рождается между исследователем и испытуемым. И только после полного раскрытия всех, связанных с ней субкатегорий, испытуемый сумел сформулировать смысл (нарратив), который сообщал себя через «ведущую» категорию.

Анализ диалогов других испытуемых методом ОТ обнаруживает ту же тенденцию.

Мы можем сделать вывод, что анализ качественного исследовательского интервью методом «Обоснованной теории» позволяет категоризовать (структурировать) качественные данные, устанавливать связи между категориями и рассмотреть динамику процесса понимания, в ходе которого формулируется произведенный средствами графической медитации смысл.

Обратим внимание на прямую связь подхода «Обоснованной теории» с рекомендациями И. Гёте к тому, как открыть «природе возможность самой интерпретировать себя» так, чтобы «сохранить себя живой», а не «убить словом». «Ничего, кроме внимания, не должно стеснять явление», говорит Гёте, и тогда «в скором времени я начинаю замечать, что за явлением таится разнообразие составляющих его элементов или факторов. И еще я замечаю, что не все факторы эти однозначны: среди них есть главные и побочные, существенные и второстепенные. Само явление показывает мне эту специфику, но я не тороплюсь с выводами и продолжаю наблюдать. Теперь мое наблюдение имеет некую основу; я знаю, на что именно следовало бы обратить особенное внимание; спонтанно, как бы без моего участия, во мне происходит ненавязчивая классификация факторов. Поскольку появляются *опорные пункты* в наблюдении, можно различить существенное и несущественное — очистить явление. Я устраняю побочные и несущественные факторы, пытаюсь свести сложное к простоте» [Гёте. Цит по: Свасьян, 2001, с. 110]. Так, «всякое *смотрение* переходит в рассматривание, всякое рассматривание — в размышление, всякое размышление — в связывание; и потому можно сказать, что при каждом *внимательном взгляде*, брошенном на мир, мы уже теоретизируем. Теория основывается не на абстрактном измышлении, а на *доблести внимательных глаз*. Восстанавливается исконный греческий смысл слова теория — созерцание» [Гёте. Цит. по Свасьян, 2001, с. 94].

Мы видим, что оба подхода объединяет условие, которое позволяет опыту «выговориться самому о себе» и через эти высказывания «облечься в соответствующие ему понятия» (Гёте). Этим условием является «внимательный глаз».

Заключение

Исследование показало, что в процессе графической концентрации внимания («Ведомого рисования») человек способен войти в контакт со своей глубинной «телесной интенцией». Медитация становится для него тем инструментарием, в котором и через который он раскрывает и усиливает ее, все глубже и точнее определяясь в ее выражении. В «Ведомом рисовании» отсутствуют какие-либо внешние ориентиры, движение направляется только по внутреннему отклику. Метод открывает человеку возможность понимать себя, исходя из своего собственного живого опыта, не подвергая его внешней интерпретации. Собственное тело становится глубоким и богатым выразителем души.

Описанные в работе характеристики процесса «Ведомого рисования» позволяют рассматривать его как «феноменологическое движение». Завершение феноменологического движения *фиксированной графической формой* переживается человеком как чувство внутренней несомненности: форма становилась для него той «скалой под песком, в которую упирается сомнение» (М. Мамардашвили). Данные аналитического обзора и результаты исследования позволяют рассматривать «фиксированную графему» как графический «язык глубинных семантических структур» (В.П. Зинченко).

Результаты исследования показывают, что в большинстве случаев испытуемые нуждаются в прояснении смысла графического текста («фиксированной графемы»). В этих целях стандартная процедура «Ведомого рисования» дополнена методом «Фокусирования» и диалогом — методом качественного исследовательского интервью. Показано, что интервью, на базе феноменологической познавательной стратегии и трех типов фиксированных вопросов к тексту «Ведомого рисования» (графическому и живописному), позволяет осуществить перевод графического языка смысла на язык вербальный.

Показано, что главным свойством диалога является умение сохранять в нем возможность «феноменологического движения» и ставить вопросы, обращенные непосредственно к живому опыту человека.

Анализ диалога методом «Обоснованной теории» позволяет проследить, как разворачивается изначальный текст: отвечая на вопросы, респондент все глубже и полнее утверждает в понимании себя.

Синтез методов «Фокусирования» и «Ведомого рисования», разработанный авторами в работе, оказывается, на наш взгляд, крайне продуктивным.

«Ведомое рисование» не предлагает готовый ответ чужого сознания, а создает условия для рождения своего собственного ответа — ставит человека в ситуацию самоопределения: в ситуацию произведения своего собственного смысла. В собственном опыте человека, который он испытывает здесь-и-сейчас, есть основание и возможность для произведения смысла.

Выявление самим человеком актуальных его настоящему смыслов позволяет созидать себя-подлинного, самоопределяться; открывает способность «быть причиной себя», т.е. становиться автором собственной жизни.

ЛИТЕРАТУРА

- Архангельская В.В., Пузырей А.А.* «Ведомое рисование» как метод инициальной психотерапии // Консультативная психология и психотерапия, 2013. № 1. С. 193—201.
- Бахтин М.М.* Проблемы поэтики Достоевского. М.: Сов. Россия, 1979. 320 с.
- Бродский И.А.* Власть стихий. СПб.: Азбука, 2010. 224 с.
- Буякас Т.М., Зевина О.Г.* Опыт утверждения общечеловеческих ценностей — культурных символов — в индивидуальном сознании // Вопросы психологии, 1997. № 5. С. 44—56.
- Буякас Т.М.* Личностное развитие в условиях работы самопонимания, опосредствованной символами // Вопросы психологии, 2000. № 1. С. 96—108.
- Буякас Т.М.* Феноменология смысла: смысл как зов души // Московский Психотерапевтический журнал, 2009. № 2. С. 94—109.
- Буякас Т.М., Попов С.А.* Феноменологический подход к работе со сновидениями // Консультативная психология и психотерапия, 2012. № 2. С. 66—109.
- Джэндлин Ю.Т.* Фокусирование. Новый психотерапевтический метод работы с переживаниями. М.: Независимая фирма «Класс», 2000. 400 с.
- Дильтей В.* Описательная психология. СПб.: «Алетейя», 1996. 296 с.
- Зинченко В.П.* Мысль и слово Густава Шпета. М.: УРАО, 2000. 208 с.
- Квале С.* Исследовательское интервью. М.: Смысл, 2009. 301 с.
- Лейнг Р.* «Я» и другие. М.: Класс, 2002. 248 с.
- Леонтьев Д.А.* О предмете экзистенциальной психологии // Материалы 1 Всероссийской научно-практической конференции по экзистенциальной психологии. М.: Смысл, 2001. С. 3—6.
- Мамардашвили М.К.* Очерк современной европейской философии. М.: «Прогресс-Традиция», 2010. 584 с.
- Петровский В.А.* Человек над ситуацией. М.: Смысл, 2010. 559 с.
- Пузырей А.А.* Психология. Психотехника. Психагогика. М.: Смысл, 2005. 488 с.
- Свасьян К.А.* Философское мировоззрение Гете. М.: evidentis, 2001. 218 с.

- Седакова О.А.* Символ и сила. Т. 4. М.: ун-т Дм. Пожарского, 2010. С. 548—655.
- Страусс А., Корбин Дж.* Основы качественного исследования. М.: КомКнига, 2007. 254 с.
- Улановский А.М.* Феноменологическая психология: качественные исследования и работа с переживанием. М.: Смысл, 2012. 255 с.
- Франкл В.* Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990. 368 с.
- Франц М.Л.* Избавление от колдовства в волшебных сказках. М.: Класс, 2007. 128 с.
- Чехов М.А.* Литературное наследие. М.: Искусство, 1986. т. 2. 559 с.
- Шумский В.Б.* Экзистенциальная психология и психотерапия: теория, методология, практика. М.: Издательский дом ГУ-ВШЭ, 2010. 184 с.
- Elbrecht C.* Published by Johanna Nordlander Verlag Rutte. Munchen: Novalis, 2006. 304 с.
- Schoeller G.* Heilung aus dem ursprung. Praxis der Initiatischen Therapie. Munchen: Novalis, 1983. 382 с.

PHENOMENOLOGICAL DESCRIPTION OF THE PROCESS OF PRODUCING MEANINGS BY THE METHOD OF GUIDED DRAWING

T.M. BUYAKAS, O.A. TANKOVA

The work gives a phenomenological description of the process of arising of the meanings that are significant for the current moment in the person's life and activity through the Guided Drawing method; the structure and dynamics of the process are described; the analysis of the conditions and means, which enable the actualization of personal meanings, is done. Graphical meditation ("Guided Drawing") is seen as a method of direct referencing to the experience and its felt sense. It is shown that the research interview on the basis of phenomenological cognitive strategy and the three types of questions to the text of Guided Drawing (graphical and pictorial) enables the translation from graphic language of the meaning into verbal language. The analysis of the research interview by the Grounded Theory method allows in-depth studying the structure and dynamics of the "phenomenological movement" towards understanding of the meaning.

Key words: phenomenological approach, graphic concentration of attention, meaning, understanding, fixed graphical form.

Arkhangel'skaya V.V., Puzyrej A.A. "Vedomoe risovanie" kak metod initial'noj psikhoterapii // Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya, 2013. № 1. С. 193—201.

Bakhtin M.M. Problemy poehtiki Dostoevskogo. М.: Sov. Rossiya, 1979. 320 с.
Brodskij I.A. Vlast' stikhij. SPb.: Azbuka, 2010. 224 с.

- Buyakas T.M., Zevina O.G.* Opyt utverzhdeniya obshhechelovecheskikh tsennostej — kul'turnykh simvolov — v individual'nom soznanii // *Voprosy psikhologii*, 1997. № 5. С. 44—56.
- Buyakas T.M.* Lichnostnoe razvitiye v usloviyakh raboty samoponimaniya, oposredstvovannoj simvolami // *Voprosy psikhologii*, 2000. № 1. С. 96—108.
- Buyakas T.M.* Fenomenologiya smysla: smysl kak zov dushi // *Moskovskij Psikhoterapevticheskij zhurnal*, 2009. № 2. С. 94—109.
- Buyakas T.M., Popov S.A.* Fenomenologicheskij podkhod k rabote so snovideniyami // *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*, 2012. № 2. С. 66—109.
- Dzhendlin Yu.T.* Fokusirovanie. Novyj psikhoterapevticheskij metod raboty s perezhivaniyami. M.: Nezavisimaya firma "Klass", 2000. 400 c.
- Dil'tej V.* Opisatel'naya psikhologiya. SPb.: "Aletejya", 1996. 296 c.
- Zinchenko V.P.* Mysl' i slovo Gustava Shpeta. M.: URAO, 2000. 208 c.
- Kvale S.* Issledovatel'skoe interv'yu. M.: Smysl, 2009. 301 c.
- Lejng R.* "Ya" i drugie. M.: Klass, 2002. 248 c.
- Leont'ev D.A.* O predmete ehkzistentsial'noj psikhologii // *Materialy 1 Vserossijskoj nauchno-prakticheskoy konferentsii po ehkzistentsial'noj psikhologii*. M.: Smysl, 2001. С. 3—6.
- Mamardashvili M.K.* Ocherk sovremennoj evropejskoj filosofii. M.: "Progress-Traditsiya", 2010. 584 s.
- Petrovskij V.A.* Chelovek nad situatsiej. M.: Smysl, 2010. 559 c.
- Puzyrej A.A.* Psikhologiya. Psikhotekhnika. Psikhagogika. M.: Smysl, 2005. 488 c.
- Svas'yan K.A.* Filosofskoe mirovozzrenie Gete. M.: evidentis, 2001. 218 c.
- Sedakova O.A.* Simvol i sila. T. 4. M.: un-t Dm. Pozharskogo, 2010. S. 548—655.
- Ctrausc A., Korbin Dzh.* Osnovy kachestvennogo issledovaniya. M.: KomKniga, 2007. 254 s.
- Ulanovskij A.M.* Fenomenologicheskaya psikhologiya: kachestvennye issledovaniya i rabota s perezhivaniem. M.: Smysl, 2012. 255 c.
- Frankl V.* Chelovek v poiskakh smysla. M.: Progress, 1990. 368 c.
- Frants M.L.* Izbavlenie ot koldovstva v volshebnykh skazkakh. M.: Klass, 2007. 128 c.
- Chekhov M.A.* Literaturnoe nasledie. M.: Iskusstvo, 1986. t. 2. 559 c.
- Shumskij V.B.* Ehkzistentsial'naya psikhologiya i psikhoterapiya: teoriya, metodologiya, praktika. M.: Izdatel'skij dom GU-VSHEH, 2010. 184 c.
- Elbrecht C.* Published by Johanna Nordlander Verlag Rutte. Munchen: Novalis, 2006. 304 c.
- Schoeller G.* Heilung aus dem ursprung. Praxis der Initiatischen Therapie. Munchen: Novalis, 1983. 382 c.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ: ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ¹

Е.И. РАССКАЗОВА, Н.В. КОШЕЛЕВА

Статья посвящена рассмотрению возможностей и ограничений психологических методов изменения поведения, связанного со здоровьем. Проводится анализ методов, предложенных в рамках моделей континуума (теория убеждений о здоровье, теория мотивации защиты, социально-когнитивная теория, теория субъективной ожидаемой полезности), моделей стадий (транстеоретическая модель, модель принятия мер предосторожности, процессуальный подход к действиям, связанным со здоровьем), а также в рамках моделей саморегуляции в психологии здоровья — как общепсихологических (модель «Рубикона», ресурсная модель самоконтроля, теория саморегуляции М. Карвера и Ч. Шейера, теория самодетерминации), так и специфических (теория темпоральной саморегуляции). Обсуждаются трудности сопоставления эффективности интервенций, вызванные разной направленностью моделей (на предсказание поведения, описание его динамики и его объяснение, соответственно), а также трудностями учета эффективности отдельных методов изменения поведения и особенностей проведения интервенций.

Ключевые слова: психология здоровья, изменение поведения, связанного со здоровьем, психологические интервенции, социальные программы в психологии здоровья, модели континуума, модели стадий, модели саморегуляции.

Психология здоровья — молодая область психологии. В качестве самостоятельной дисциплины она еще не «разменяла» сорока лет [Matarazzo, 1980] — но за это время в ее русле было предложено более двадцати теоретических моделей, посвященных описанию, предсказанию, изменению и объяснению здоровья, проведено большое количество эмпирических исследований, несчетное число интервенций и социально-психологических программ. Причина столь стремительного прогресса во многом определяется прикладными задачами, которые пе-

¹ Исследование осуществлено в рамках программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ в 2013 г.

ред ней стоят: психология здоровья была разработана, в первую очередь, в ответ на запросы практики и направлена на поддержание и улучшение здоровья человека психологическими и социально-психологическими методами.

Целью данной работы является рассмотрение возможностей и ограничений существующих в настоящее время психологических методов улучшения здоровья — в первую очередь, изменения поведения, связанного со здоровьем, которое является ключевой мишенью для большей части интервенций. С нашей точки зрения, такой анализ необходим по нескольким причинам. Во-первых, в большинстве знакомых русской аудитории публикаций по психологии здоровья [например: Психология здоровья, 2006; Ананьев, 1998] акцентируется внимание на методологических и теоретических вопросах, а также результатах авторских исследований. Важность такого подхода бесспорна; ограничением его является недостаточное освещение принятых в международных работах принципов, концепций и моделей психологии здоровья, мишеней и методов практических интервенций, а также сравнительных данных об их эффективности (среди немногих исключений можно отметить работу И.Б. Бовиной [Бовина, 2008]). Во-вторых, прикладной подход, в центре которого нередко оказывается поведение человека, с позиций отечественной традиции может восприниматься как «возврат» к классическому бихевиоризму. В результате богатейшая практическая область психологии здоровья систематически недооценивается, создавая разрыв между теорией и практикой, когда самые эффективные научные проекты неизбежно прерываются по их завершении, поскольку не продумано, кто, где и как будет использовать их в дальнейшем, а социальные программы в здравоохранении, образовании, медицине разрабатываются и проводятся неспециалистами, не получившими соответствующей подготовки, без учета теоретических и эмпирических знаний; социальная реклама не имеет должного эффекта или этот эффект невозможно оценить и провести анализ полезности рекламы. В «защиту» психологии здоровья следует отметить, что для объяснения поведения и его динамики она активно привлекает теоретические представления о мотивационных, волевых процессах, ориентируясь на выявление звеньев, опосредствующих поведение человека [Leventhal, Moga, 2008; Mann et al., 2013; Hall, Fong, 2007]. В-третьих, психология здоровья — одна из наиболее изменяющихся областей, и многие опубликованные работы и данные в области практических программ неизбежно устарели и требуют пересмотра.

В соответствии со сложившейся в психологии здоровья традицией [Michie et al., 2011; Abraham, Michie, 2008] мы будем использовать тер-

мин «интервенции» для описания конкретных методов, направленных на улучшение здоровья, и термин «социально-психологические программы» — для обозначения общественных мероприятий, целостных проектов, которые предлагают систему, объединяющую несколько методов для конкретной практической цели, и как правило, опираясь на некоторую теоретическую модель².

Первый раздел работы посвящен мишеням интервенций в психологии здоровья и обоснованию ключевой роли поведения среди других мишеней. Далее рассматриваются методы улучшения здоровья, предложенные в рамках различных теоретических моделей, а также проблемы выделения и описания отдельных интервенций и их сопоставительного анализа. Наконец, приведены данные о сравнительной эффективности интервенций.

Поведение как ключевая мишень интервенций по улучшению здоровья

Применение психологических методов для решения задачи улучшения здоровья может быть прямым (предполагается, что интервенции напрямую приведут к изменениям) и косвенным (опосредствованным другими переменными). Список «прямых» методов существенно расширился с принятием Всемирной организацией здравоохранения определения здоровья как состояния полного физического, душевного и социального благополучия» [Preamble..., 1948, p. 100] и разработкой биопсихосоциальной модели здоровья и болезни [Engel, 1977]; теперь улучшение психологического или социального благополучия могло рассматриваться как конечная цель интервенции по улучшению здоровья, без уточнения того, каким образом психологические или социальные изменения повлияют на здоровье физическое. Например, в этом смысле основатель позитивной психологии М. Селигман [Seligman, 2008] предлагает рассматривать в качестве субъективных компонентов «позитивного здоровья» эмоциональное состояние, удовлетворенность жизнью, оптимизм, внутренний локус контроля. В психологии здоровья такой «прямой» подход сопряжен с рядом трудностей. Во-первых, как правило, в этом случае остаются имплицитными и не обсуждаются механизмы действия интервенций, и остается открытым вопрос, действительно ли этот эффект не опосредствуется другими переменными. Во-вторых, непонятно, каким образом изменения в одном компоненте приводят к изменению в системе здоровья человека, например, скажется ли улучшение социального здоровья на физическом здоровье,

² Сопоставительный анализ смежных терминов «коммуникация в отношении здоровья», «обучение здоровью», «содействие здоровью» выходит за рамки данной статьи [см.: Glanz et al., 2002; Geist-Martin et al, 2003].

каким образом и по каким механизмам. В-третьих, «прямые» психологические методы ограничиваются сферой психологических и социальных компонентов здоровья, не позволяя воздействовать на физическое здоровье.

Вследствие этих трудностей основное внимание в психологии здоровья уделялось косвенным методам, эффективность которых объясняется воздействием на одно (или более) из трех звеньев:

1. *Поведение человека, связанное со здоровьем.* Поведение заняло центральное место в психологии здоровья в связи с эпидемиологическими данными о том, что распространенность, тяжесть и угроза жизни при лидирующих хронических заболеваниях связаны с особенностями поведения человека [см.: Hall, Fong, 2007]. В последнее время появилась даже своеобразная «традиция» начинать научные публикации по психологии здоровья ссылками на данные о том, что показатели смертности были бы ниже в два раза, если бы люди соблюдали диету, отказались от курения, вели активный образ жизни и контролировали свой вес [см.: Mann et al., 2013].

2. *Психологические факторы здоровья.* В этом случае предполагается, что изменение неких психологических факторов скажется на здоровье. Например, оптимизм как личностная диспозиция [Carver, Scheier 2002] может сказываться на физическом здоровье благодаря тому, что, оценивая угрожающую ситуацию позитивно, человек в меньшей степени испытывает стресс — как следствие, такая позитивная оценка препятствует развитию заболеваний, связанных с хроническим стрессом.

3. *Социальные факторы здоровья.* За рассмотрением социальных факторов в качестве мишени социально-психологических программ стоит предположение, что социальные изменения могут приводить к изменениям в различных компонентах здоровья, в том числе физическом здоровье. Например, расширение и улучшение социальных сетей у пожилых людей связано со снижением риска заболеваемости и смертности [Heaney, Israel, 2002].

Следует отметить разницу между мишенью интервенции (звено, на которое она стремится воздействовать ради достижения конечной цели улучшения здоровья, что предполагает указание на механизм или, по крайней мере, путь, по которому «пойдет» воздействие) и средствами, которые она использует (на что непосредственно она направлена). Например, если предполагается, что обеспечение безопасности улучшит здоровье, благодаря тому, что люди смогут вести более активный образ жизни (например, бегать в парке по вечерам), то конечная цель (мишень) интервенции — поведение людей, а если — благодаря субъективным переживаниям безопасности и стабильнос-

ти, то цель — психологические составляющие здоровья. Четкое разведение средств, целей и мишеней интервенций показывает, что в абсолютном большинстве случаев поведение более или менее эксплицитно считается одной из ключевых мишеней, что и определило фокус данной работы.

Психологические методы изменения поведения, связанного со здоровьем

Далее мы рассмотрим методы, предложенные в рамках теоретических моделей изменения поведения. Важно оговориться, что на практике многие инициативы не опираются ни на какую концепцию (так, по некоторым данным, 35,7% интервенций хотя бы упоминают какую-либо модель, причем, в большинстве случаев речь идет только об упоминании, а не о применении [Painter et al., 2008]). Мы убеждены, что такой сугубо практический подход не дает возможности ни выявлять ключевые компоненты и механизмы действия тех или иных методов, ни применять их для решения других задач.

Обобщая существующие классификации психологических моделей, объясняющих поведение человека [Armitage, Conner, 2000; Velicer, Prachaska, 2008], можно выделить модели континуума, модели стадий и модели саморегуляции.

1. **Модели континуума.** Модели континуума изначально были созданы для предсказания поведения. Свое название они получили, поскольку, с их точки зрения, изменение поведения определяется готовностью к этому изменению, которая может быть представлена как единый для всех людей континуум от полного нежелания и неготовности к действиям до «стопроцентной» готовности, означающей, что действие будет совершено в любом случае. Ключевой фактор, определяющий готовность (а значит и поведение), — намерение человека, которое, в свою очередь, зависит от различных мотивационно-смысловых факторов (например, отношения к угрозе заболевания, восприятия собственного риска и собственных сил справиться с задачей и т.п.). К числу наиболее распространенных моделей континуума относятся: модель убеждений о здоровье А. Розенстока [Rosenstock, 1974], теория мотивации защиты Р. Роджерса [Rogers, 1983], теория запланированного поведения А. Айзена и М. Фишбайна [Ajzen, 1991], социально-когнитивная теория А. Бандуры [Bandura, 1986], менее известна сегодня теория субъективной ожидаемой полезности В. Эдвардса [Edwards, 1954].

Цели и методы интервенций. В моделях континуума, основной целью интервенций является формирование и усиление мотивации человека к

изменению поведения и отказу от рискованного для здоровья поведения — т.е. речь идет об изменении мотивационных факторов. Приведем несколько примеров:

- В теории убеждений о здоровье — это воспринимаемая уязвимость к некоторым отрицательным для здоровья последствиям (например, к раку легких в результате курения), воспринимаемая тяжесть этих последствий, воспринимаемые выгода и барьеры, связанные с изменением поведения (какие преимущества и трудности несет отказ от курения), мотивация к здоровью (мотивация совершать действия, способствующие здоровью, например, бросить курить) и внешние стимулы (cues), провоцирующие действия или препятствующие им (например, возможность курения на рабочем месте).

- В теории мотивации защиты — это оценка угрозы (восприятие тяжести заболевания/серьезности риска и собственной уязвимости к этой угрозе) и совладания (восприятие эффективности некоторого поведения и уверенности в своих возможностях его выполнять), а также выгода, связанная с дезадаптивным поведением, и затраты на изменение и реализацию нового поведения.

- В теории субъективной ожидаемой полезности — это соотношение вероятностей возможных и актуальных результатов действий (например, какова вероятность снижения веса при сидячем образе жизни или если два раза в неделю ходить на фитнес) и их полезности для человека (насколько важно для него снизить вес).

- В теории запланированного поведения — это система убеждений, стоящих за установками, субъективными нормами и воспринимаемым поведенческим контролем, а также — в поздних версиях теории — актуальный контроль.

- В социально-когнитивной теории — это ожидание результата от поведения и самоэффективность (уверенность в своих силах добиться поставленных целей).

К числу основных методов интервенций относятся образование (информирование); предъявление (как модели, столкнувшейся с угрозами и рисками, так и модели, ведущей здоровый образ жизни), часто с последующим обсуждением; мотивационное интервью; методы когнитивно-бихевиоральной терапии (в том числе, анализ положительных и отрицательных результатов действий; планирование действия и совладания; контроль стимулов к действию; изменение окружающей среды, поведенческий эксперимент).

Ограничения интервенций в рамках моделей континуума. Каждый на своем опыте знает, что человек не всегда ведет себя в соответствии с собственными намерениями: достаточно вспомнить, как час-

то мы откладываем «на завтра» то, чего не хотим делать. Будучи одними из наиболее эффективных и обоснованных, модели континуума создали так называемую проблему «бутылочного горлышка» [Sniehotta, 2009] — попытку «уложить» все факторы изменения поведения в «Прокрустово ложе» намерений к действиям. При этом «за бортом» остаются и вопросы динамики состояния и поведения человека [Armitage, Conner, 2000], и — как это ни парадоксально — причины и механизмы изменения поведения, поскольку основной акцент делается на точности предсказания, т.е. на хороших индикаторах, а не на причинах [Leventhal, Mora, 2008]. Например, субъективная оценка своего здоровья — хороший предиктор заболеваемости и смертности, но вряд ли она приведет к заболеваемости и смертности, а ее изменение будет способствовать *профилактике* заболеваний.

2. Модели стадий. Модели стадий отличает изначальная направленность на описание процесса изменений (динамики). Согласно этим моделям, универсального объяснения, которое предлагают теории континуума, для практики недостаточно: разные ситуации и состояния, в которых пребывают клиенты, требуют разного типа вмешательства. Например, для лечения аддикции важно, понимает ли сам человек важность лечения, готов ли он действовать, уверен ли в своих силах, есть ли у него планы, когда начать действовать — во всех этих случаях задачи психотерапевтической работы будут разными. К числу наиболее распространенных моделей стадий относят транстеоретическую модель [Prochaska et al., 1992], модель принятия мер предосторожности [Weinstein, Sandman, 2002] и — с некоторыми ограничениями — процессуальный подход к действиям, связанным со здоровьем [Schwarzer, 1992]³.

Цели и методы интервенций. В моделях стадий интервенции должны соответствовать той стадии изменения, на которой находится человек. На практике в разных моделях это требование наполнялось различным содержанием:

- В транстеоретической модели предлагается несколько практических рекомендаций по организации интервенций [Norcross et al., 2011]. Во-первых, необходимо стараться охватить всех нуждающихся в помощи людей: как правило, программы направлены только на помощь тем,

³ С нашей точки зрения, процессуальный подход Р. Шварцера концептуально следует относить к моделям саморегуляции (см. далее), поскольку выделяемые стадии основаны на ряде звеньевых (уровневых) теорий саморегуляции, а сама модель стремится скорее к объяснению, нежели описанию. Однако, сам Р. Шварцер считает свой подход типичным вариантом модели стадий.

кто готов и уже начал действовать, тогда как большинство испытуемых еще «не дошли» до стадии подготовки. Во-вторых, важны реалистичные цели, связанные с пошаговым переходом с одной стадии на следующую. В-третьих, полезно системное мышление психотерапевта, без чрезмерного доверия какой-то одной группе техник, поскольку, например, повышение осознания нередко не приводит человека к действиям, а поведенческие техники не имеют смысла без предшествующего мотивационного процесса. Наконец, необходимо предвидеть и обсуждать заранее цикличность психотерапии и возможность возврата на предыдущие стадии.

- В модели процесса принятия мер предосторожности прямо указывается на те способы (техники), при помощи которых можно увеличить вероятность перехода человека с одной стадии изменения поведения на следующую [Weinstein, Sandman, 2002]. Так, переходу от стадии неосведомленности о проблеме к стадии осведомленности без вовлеченности могут помочь сообщения в СМИ об угрозе и необходимости принятия мер. Переход от не вовлеченности к принятию решения о своей позиции осуществляется легче, если человеку сообщается об угрозе и он узнает о решениях значимых других, или если у него самого появляется опыт столкновения с риском для здоровья. Смена стадии принятия решения на положительное или отрицательное решение происходит в соответствии с моделями континуума — и зависит от убеждений о риске и тяжести, личностной уязвимости, эффективности и трудности мер предосторожности, воспринимаемых социальных норм, поведения и рекомендаций других людей, страхов и тревоги. Наконец, переход к действию определяется тем, сколько времени, усилий и ресурсов для этого требуется, есть ли детализированная информация о том, как и что нужно делать, напоминают ли человеку о действии и побуждают ли к действию стимулы внешней среды, есть ли у него инструментальная помощь в осуществлении действий.

- Процессуальный подход к действиям, связанным со здоровьем, добавляет к идее специфичных для стадий интервенций учет на каждой стадии ключевых для нее психологических факторов (Табл. 1). Так, он предполагает, что конфронтация с целью обострения ожиданий в отношении последствий поведения и коммуникация риска могут быть эффективны для тех, чье намерение еще не сформировано, планирование действия и совладания должно помочь перейти к действиям тем, у кого уже есть намерение, а обучение профилактике рецидивов и действий в неожиданных ситуациях важно тем, кто уже действует [Schwarzer, 2008, Schwarzer et al., 2011].

Таблица 1

**Выбор мишеней для интервенций в зависимости от стадии изменения
[Приводится по: Schwarzer et al., 2011, P. 168]**

Факторы	Группы по стадиям		
	До намерения	Намеревающиеся	Действующие
Мотивационные конструкты			
Мотивационная самоэффективность (уверенность в своих силах изменить поведение)	+		
Восприятие риска (при отказе от изменений)	+		
Ожидание результатов (в случае изменения поведения)	+		
Постановка цели (и ее конкретизация в данных условиях)	+		
Волевые конструкты			
Планирование действия		+	+
Планирование совладания		+	+
Социальная поддержка		+	+
Самоэффективность поддержания (уверенность в своих силах поддерживать выбранное поведение)		+	
Самоэффективность возобновления (уверенность в своих силах вернуться к новому поведению в случае рецидива)			+
Контроль за действием (за осуществлением действия)			+

Перечень основных методов интервенций во многом остается тем же, что и в моделях континуума: основная новизна моделей стадий состоит в указании на необходимость соответствия выбранного метода стадии изменения. В модели процесса принятия мер предосторожности делается дополнительный акцент на сообщения в СМИ и на то, какие близкие люди принимают решения⁴; а в транстеоретической модели обсуждается максимально широкий спектр психотерапевтических подходов (в том числе, психоанализа, арт-терапии и т.д.) — в зависимости от того, на какие из базовых процессов, стоящих за изменениями, они направлены.

⁴ Так называемые описательные социальные нормы, в отличие от оценочных норм, характерных для моделей континуума [Manning, 2009].

Ограничения интервенций в рамках моделей стадий. Несмотря на удобство самой идеи стадий для практики, использование моделей стадий вызывает много вопросов: до сих пор непонятно, какое количество стадий оптимально [Armitage, Conner, 2000], границы между ними нечетки [Abraham, 2008]. Кроме того, сама идея стадий подразумевает, что на разных стадиях действуют разные процессы — которые можно выделить и воздействовать на них [Armitage, 2009], но именно это и не показано в большинстве концепций, поэтому не ясно, не идет ли речь о «псевдостадиях», искусственном разделении целостного процесса [Sutton, 2000]. Наконец, в силу описательного характера в моделях стадий, по сути, не предложено новых методов интервенций — скорее, речь идет о правилах выбора разработанных в рамках других концепций приемов и их систематизации для конкретных случаев (в зависимости от стадии изменения).

3. Модели саморегуляции. Хотя модели саморегуляции не выделяются в классических обзорных работах [Armitage, Conner, 2000], и их можно рассматривать как подвид моделей стадий, отличительная черта таких моделей состоит в том, что выделение стадий или звеньев не основано на описании, а подчинено этапам и процессам саморегуляции деятельности (целеполагания и целедостижения), выявленным в экспериментальных исследованиях в общей и социальной психологии, а основной акцент делается на установлении механизмов, объясняющих динамику состояния и поведения человека [Mann et al., 2013]. В психологии здоровья применяются как общепсихологические, так и специфические модели саморегуляции [Рассказова, 2012]. К первой группе относятся модель «Рубикона» Х. Хекхаузена, П. Голльвитцера и Ю. Куля [Heckhausen, Gollwitzer, 1987] и связанные с ней представления об инструментальных намерениях П. Голльвитцера [Gollwitzer, 1993] и контроле за действием Ю. Куля [Kuhl, 1994], ресурсная модель самоконтроля Р. Баумайстера [Baumeister et al., 2007], теория саморегуляции М. Карвера и Ч. Шейера [Carver, Scheier, 1998], теория самодетерминации Э. Деси и Р. Райана [Deci, Ryan, 2000]. Наиболее известные модели второй группы: модель житейского смысла Х. Левенталя [Leventhal et al., 2003]⁵ и теория темпоральной саморегуляции П. Хэлла и Дж. Фонга [Hall, Fong, 2007]. Кроме того, выше уже говорилось, что к этой же группе следует относить процессуальный подход к действиям, связанным со здоровьем Р. Шварцера [Schwarzer, 1992].

Цели и методы интервенций. Модели саморегуляции дополняют содержание и принципы проведения интервенций. В них обращается внимание

⁵ Рассмотрение интервенций в рамках модели житейского смысла Х. Левенталя выходит за пределы данной работы в связи с клинико-психологическим фокусом модели на процессах репрезентации заболевания и лечения.

на целую плеяду новых мишеней воздействия: факторы, обеспечивающие переход к действию, поддержание деятельности в течение длительного времени и ее изменение в ответ на обратную связь от окружающего мира, способность к саморегуляции, экологические и эмоциональные факторы.

- Модель «Рубикона» обратила внимание практиков на два момента: необходимость учета фазы контроля за действием (что сказалось на развитии моделей стадий) и важность включения в интервенции процедур, направленных на формирование инструментальных намерений и ориентации на действие.

- Согласно теории саморегуляции М. Карвера и Ч. Шейера, психосоциальные интервенции в психологии здоровья могут быть направлены на два различных фактора: на способность людей идентифицировать собственные цели и на их восприятие достижимости этих целей. Особую роль приобретают контуры обратной связи: как человек оценивает эффективность нового поведения, насколько он чувствителен к нему и т.п.

- В теории самодетерминации основной мишени интервенций является поддержание автономии: как пишут К. Шелдон и его коллеги [Sheldon et al., 2003], замечая, признавая и развивая собственное стремление человека улучшать свое здоровье, можно добиться большего, нежели просто медицинскими методами. Поддержание автономии подразумевает: 1) признание и уважение к точке зрения, чувствам, мыслям человека, 2) как можно более частое предоставление выбора (в любых ситуациях), 3) если выбора предоставить нельзя, необходимо давать разумное и понятное человеку объяснение этого.

- В соответствии с ресурсной моделью самоконтроля [Hagger et al., 2009], основной мишенью является улучшение самоконтроля, чего можно достичь либо тренировкой (при помощи вовлечения в другие деятельности, требующие самоконтроля, или при помощи усиления физической активности), либо косвенно — благодаря организации деятельности человека таким образом, чтобы у него была возможность «отдыха» или не было чрезмерной нагрузки на ресурс самоконтроля перед принятием решений о поведении, связанном со здоровьем.

- Согласно темпоральной теории саморегуляции, важный компонент социальных программ по развитию поведения, связанного со здоровьем, — «перенос» внимания человека с привлекательных непосредственных выгод на отдаленные негативные последствия. Это может обеспечиваться структурированием социального и физического окружения человека [Hall, Fong, 2007]. Например, запреты на курение в общественных местах и формирование социальных норм в отношении курения способствуют тому, что немедленная выгода от курения уменьшается или становится более отсроченной и требующей больших затрат

(например, поиска специального места для курения), а количество стимулов к действию (курящие люди на улице, пепельницы в кафе) сокращается. В мотивационной сфере эффективными признаются интервенции, актуализирующие или формирующие субъективную связь между текущим поведением и отсроченными выгодами. Предвосхищение того, что человек в будущем будет жалеть о сделанном сейчас или переживать другие негативные эмоции, также способствует изменению поведения. Отдельное внимание уделяется стратегиям улучшения способности к саморегуляции (физические упражнения, изменение временной перспективы, развитие когнитивных стратегий, способствующих волевой регуляции) и компенсации дефицитарности саморегуляции (компенсаторное структурирование окружающей среды и техники, улучшающее «трансляцию» намерения в поведение, например, при помощи инструментальных намерений [Hall, Fong, 2010]).

Каждая новая мишень из предложенных в моделях саморегуляции определяет целый набор соответствующих методов: начиная со структурирования среды и физических упражнений с целью усиления влияния внешних факторов на поведение и развитие самоконтроля, через когнитивные и эмоциональные процессы, способствующие «переводу» намерения в действие и поддержание поведения, и заканчивая предоставлением выбора или объяснением причин в случае его невозможности.

Ограничения интервенций в рамках моделей саморегуляции. Вследствие относительной «молодости» и популярности этих моделей, а также разнообразности и несопоставимости того широкого спектра мишеней и методов, которые в них предлагаются, в большинстве случаев их критика сводится к указанию на неполноту [Conner, 2008]. Трудности интервенций в рамках моделей саморегуляции связаны с недостатком их систематизации, когда нет данных о том, какую роль играет каждый из предложенных конструктов, в какой мере его можно считать объяснительным, чему и в каком случае уделять внимание в практической работе и разработке социальных программ [Leventhal, Mora, 2008]. Например, чрезмерная дифференциация мотивационных и волевых процессов выглядит искусственной (там же): волевые процессы, разумеется, участвуют в некотором виде в обеспечении мотивационной фазы саморегуляции — иначе мотивация была бы пассивным процессом; напротив, ожидания результата, безусловно, важны в процессе деятельности — например, ожидания, основанные на уже полученном опыте, обратной связи и т.п. [Carver, Scheier, 1998].

Проблема эффективности интервенций в психологии здоровья

Применение интервенций во многом определяется не их эффективностью, а сложившейся традицией: так, несмотря на всю критику моде-

лей континуума, их очевидные успехи и популярность в психологии здоровья на много лет определили стандарты для интервенций, направленных на изменение связанного со здоровьем поведения. В большинстве случаев основной задачей программ изменения поведения, рискованного для здоровья, является изменение намерения, в некоторых случаях эта задача дополняется изменением воспринимаемого контроля и самоофективности. Кроме того, широта применения интервенции зависит от практических обстоятельств: насколько они универсальны, насколько просты и понятны неспециалистам, насколько требуют дополнительных затрат [Prochaska et al., 2008].

Трудности сравнения эффективности интервенций в психологии здоровья и пути их преодоления

Что касается эффективности, сравнение различных техник интервенций в психологии здоровья сталкивается с целым рядом трудностей. Во-первых, факторы, *влияющие на поведение* и его объясняющие, часто не связаны с изменением поведения [Hagger, 2010]. М. Хэггер видит два пути преодоления этой проблемы: первый связан с включением в интервенции компонентов, связанных с успешной саморегуляцией, — направленных на контроль за действием и формирование инструментальных намерений; второй — с дальнейшей разработкой моделей, эксплицитно использующих достижения психологии саморегуляции. Во-вторых, большинство интервенций в психологии здоровья носят комплексный характер — в этом не только ее обширные возможности (многие авторы прямо говорят о непротиворечивости и возможности интеграции интервенций [Fishbein, Yzer, 2003]), но и трудности. Л. Коллинс и ее коллеги приводят такой пример [Collins et al., 2013]: исследователь собирается применить в программе снижения веса модель, согласно которой снижение веса можно достичь при помощи трех составляющих — использования стратегии когнитивной переоценки при столкновении с собственным желанием переедания или пропуска упражнений, оценки успеха каждую неделю и гордости за достигнутое и опоры на переживание благодарности для создания и укрепления социальных связей. Сравнение эффекта этой программы с контрольной группой ничего не говорит ни об относительной эффективности каждого из компонентов, ни о том, из каких компонентов должна состоять следующая программа, чтобы быть оптимальной. Проблему комплексного характера интервенций в большинстве исследований предлагается преодолевать двумя основными способами. Первый способ (так называемая *стратегия мультифазной оптимизации* [Collins et al., 2013]) требует предварительных исследований уникального вклада каждого из компонентов интервенции и отбора наиболее эффективных компонентов с

учетом потенциальных затрат (финансовых, временных, затрат на формирование выборки и т.п.). Второй способ — разработка единой таксономии кодирования разных интервенций, позволяющей проводить анализ *уже осуществленных* исследований, выявляя относительную эффективность различных компонентов. Одна из наиболее масштабных попыток создания такой таксономии, включающая детальный анализ простоты применения, однозначности и интересубъективности критериев на обширном наборе описаний исследований, была предпринята Ч. Эбрэхэмом и С. Мичи [Abraham, Michie, 2008], выделившими изначально 26, а в более поздней работе 40 техник [Michie et al., 2011]).

К сожалению, служа задачам оптимизации и практической применимости, оба подхода сводят проблему оценки эффективности к «дроблению» целостной программы на отдельные техники. Понятно, что целостность, поэтапность всего процесса, нередко более важная, нежели отдельные составляющие, при этом неизбежно теряется.

Сравнение эффективности интервенций по изменению индивидуального поведения в психологии здоровья

По данным мета-анализа [Webb, Sheeran, 2006], достигнутые в результате некоторой программы изменения в поведении зависят не только от того, насколько успешно удастся изменить намерение, но и от ее содержания и того, кто проводит эту программу.

1. *Модели, на которых основаны интервенции.* Следует отметить, что различия между моделями не были разительными — если двигаться от «наиболее» к «наименее эффективной», можно говорить лишь о постепенном снижении этого показателя. Наилучший эффект в изменении поведения отмечался для интервенций, основанных на теории мотивации защиты (d Козна 0,46), чуть ниже — для программ, на основе теории запланированного поведения ($d=0,40$). Далее в порядке убывания эффекта: модель межличностного поведения ($d=0,33$), модель убеждений о здоровье ($d=0,29$), теории стадий ($d=0,22$), принципы когнитивно-бихевиоральной терапии ($d=0,19$), социально-когнитивная модель ($d=0,15$).

2. *Методы изменения поведения.* Здесь кластерный анализ позволил выделить пять групп с разной степенью эффективности. В первую — со средней эффективностью ($d=0,54-0,58$) — вошли методы, направленные на выявление и организацию внешней ситуации таким образом, чтобы провоцировать нужное поведение (контроль стимулов, участие в постоянной программе), и методы, использующие социальную поддержку и социальное давление. Вторая группа, эффективность которой варьировала от средней до невысокой ($d=0,25-0,32$), включала методы, направленные на обсуждение болезни и ее результатов, помощь в про-

цессах целеполагания, демонстрацию поведения на примере близких, изменения в окружающем мире и улучшение навыков. Методы третьей группы с невысокой эффективностью ($d=0,19-0,20$) включали работу над планированием и реализацией, задания, акцентирующие внимание человека на процессе переживания происходящих событий, а также «проигрывание» нужных навыков. Наконец, в четвертую группу низкоэффективных методов входили стратегии мониторинга, самомониторинга и выполнения домашних заданий, а в пятую группу — неэффективных — личностные эксперименты.

3. *Особенности проведения интервенции.* Формат работы — индивидуальный или групповой — не был связан с эффективностью программы. Зато изменение в поведении было более выражено, если программу проводили специалисты (сами исследователи или специалисты в области здравоохранения), и менее выражено — если это делали люди, прошедшие краткосрочный тренинг.

Важно понимать, что для разных видов поведения (повышение физической активности, диета, отказ от курения, употребления алкоголя и т.п.) и разного контекста проведения работы (сеттинг) могут быть эффективны разные интервенции. Например, интервенции на рабочем месте [Abraham, Graham-Rowe, 2009] позволяют охватить больше людей и преодолеть проблему выделения времени на поведение, связанное со здоровьем; но, с другой стороны, неясно, насколько они эффективны и от чего эта эффективность зависит. Другой возможный фактор — состояние человека и ситуация, в которой он находится. Например, ведущую роль в отказе от употребления алкоголя играет привычность этого поведения. Интервенции, направленные на снижение веса и физическую активность у здоровых людей приводят к большему эффекту, нежели у больных диабетом второго типа [Graves et al., 2011], хотя в этом случае и остаются эффективными. Более того, факт болезни может выступать в роли модератора, определяя, какие факторы необходимо учесть, для того, что воздействие было успешным.

В целом, вопросов в области интервенций в психологии здоровья больше, чем ответов. Результаты статистики — это материал для размышлений, ничего не говорящий о причинах и механизмах полученных закономерностей. Например, выше мы видели, что во многих моделях континуума основные компоненты-мишени очень близки. Означают ли данные об их разной эффективности то, что программы учитывали дополнительные мишени, или то, что на те же мишени воздействие оказывалось при помощи разных методов? Далее, любая программа — это комплекс методов, и — что вполне понятно — более эффективными оказались методы, включающие несколько разных задач и компонентов

(как, например, обсуждение болезни и ее результатов), и менее эффективными — методы, включающие один «изолированный» способ изменения намерения (самомониторинг). Говорит ли это о неэффективности отдельных способов или о том, что они должны применяться системно? В этом контексте особенно интересны ситуации, когда совмещение нескольких интервенций снижает, а не повышает эффективность. Например, в том же исследовании [Webb, Sheeran, 2006] оказалось, что если задачей программы было не только изменение намерения, но и изменение воспринимаемого контроля (самоэффективности), эффект был ниже, по сравнению с программами, фокусирующими все внимание на намерении. Возможно, в части случаев слишком сильный акцент на самоэффективности «отвлекал» от разговора о намерениях, снижал их субъективную значимость для испытуемых. Не исключено и то, что иногда искусственное повышение самоэффективности приводит к иллюзорному переживанию контроля, которое расходится с реальными действиями. Наконец, в чем причины того, что специалист реализует программу лучше — заключаются ли они в лучшем понимании целей и методов или в большей заинтересованности в результате своей работы?

Несмотря на большое количество открытых вопросов, эти данные трудно недооценить: они содержат богатый материал, позволяющий специалисту в психологии здоровья сформировать собственные критерии подбора и разработки интервенций с целью изменения поведения клиента.

ЛИТЕРАТУРА

- Ананьев В.А.* Введение в психологию здоровья: учебное пособие. СПб: СПбМАПО, 1998. 148 с.
- Бовина И.Б.* Социальная психология здоровья и болезни. М.: Аспект пресс, 2008. 263 с.
- Психология здоровья. Под ред. Г.С. Никифорова. СПб: Питер, 2006. 607 с.
- Рассказова Е.И.* Саморегуляция в психологии здоровья и клинической психологии // Вопросы психологии, 2012. № 1. С. 75—82.
- Abraham C.* Beyond stages of change: multi-determinant continuum models of action readiness and menu-based interventions // *Applied Psychology: An International Review*, 2008. № 57(1). P. 30—41.
- Abraham C., Graham-Rowe E.* Are worksite interventions effective in increasing physical activity? A systematic review and meta-analysis // *Health Psychology Review*, 2009. № 3(1). P. 108—144.
- Abraham C., Michie S.* A taxonomy of behavior change techniques used in interventions // *Health Psychology*, 2008. № 27(3). P. 379—387.
- Ajzen I.* The theory of planned behavior // *Organizational behavior and human decision processes*, 1991. № 50. P. 179—211.

- Armitage C.J.* Is there utility in the transtheoretical model? // *British Journal of Health Psychology*, 2009. № 14. P. 195—210.
- Armitage C.J., Conner M.* Social cognition models and health behavior: a structured review // *Psychology and Health*, 2000. № 15. P. 173—189.
- Bandura A.* Social foundation of thought and action: a social cognitive theory. Englewood-Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1986. 617 p.
- Baumeister R.F., Vohs K.D., Tice D.M.* The strength model of self-control // *Current Directions in Psychological Science*, 2007. № 16. P. 396—403.
- Carver C.S., Scheier M.F.* On the self-regulation of behavior. New York: Cambridge University Press, 1998. 460 p.
- Collins L.M., McKinnon D.P., Reeve B.B.* Some methodological considerations in theory-based health behavior research // *Health Psychology*, 2013. № 32(5). P. 586—591.
- Conner M.* Initiation and maintenance of health behavior // *Applied Psychology: An International Review*, 2008. № 57(1). P. 42—50.
- Deci E.L., Ryan R.M.* The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior // *Psychological Inquiry*, 2000. № 11. P. 227—268.
- Edwards W.* The theory of decision making // *Psychological Bulletin*, 1954. № 51. P. 380—417.
- Engel G.L.* The need for a new medical model: A challenge for biomedicine // *Science*, 1977. № 196. P. 129—136.
- Fishbein M., Yzer M.C.* Using theory to design effective health behavior interventions // *Communication Theory*, 2003. № 13(2). P. 164—183.
- Geist-Martin P., Ray E.B., Sharf B.F.* Communicating health: Personal, cultural and political complexities. Belmont: Wadsworth / Thomson Learning, 2003
- Glanz K., Rimer B.K., Lewis F.M.* The scope of health behavior and health education // In K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis (Eds.) *Health behavior and health education*. San Francisco: Jossey-Bass, 2002. P. 5—21.
- Gollwitzer P.* Goal achievement: the role of intentions // *European Review of Social Psychology*, 1993. № 4(6). P. 141—185.
- Greaves C.J., Sheppard K.E., Abraham C., Hardeman W., Roden M., Evans P., Schwarz P.* Systematic review of reviews of intervention components associated with increased effectiveness in dietary and physical activity interventions // *BMC Public Health*, 2011. 11(119). 12 p. URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/119> (дата обращения: 7.11.2014)
- Hagger M.* Self-regulation: an important construct in health psychology research and practice // *Health Psychology Review*, 2010. 4(2). P. 57—65.
- Hagger M., Wood C., Stiff C., Chatzisarantis N.L.D.* The strength model of self-regulation failure and health-related behavior // *Health Psychology Review*. 2009. № 3(2). P. 208—238.
- Hall P.A., Fong G.Y.* Temporal self-regulation theory: a model for individual health behavior // *Health Psychology Review*, 2007. № 1(1). P. 6—52.
- Hall P.A., Fong G.Y.* Temporal self-regulation theory: looking forward // *Health Psychology Review*, 2010. № 4(2). P. 83—96.
- Heaney C.A., Israel B.* Social networks and social support // In K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis (Eds.) *Health behavior and health education*. San Francisco: Jossey-Bass, 2002. P. 185—209.

- Heckhausen H., Gollwitzer P.M.* Thought contents and cognitive functioning in motivational versus volitional states of mind // *Motivation and Emotion*, 1987. № 11(2). P. 101—120.
- Kuhl J.* Action and state orientation: Psychometric properties of the action control scales (ACS-90). / In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.). *Volition and personality: Action versus state orientation*. Gottingen, Germany: Hogrefe, 1994. P. 47—59.
- Leventhal H., Brissette, I., Leventhal E.* The common-sense model of self-regulation of health and illness / In L.D. Cameron, H. Leventhal (Eds.) *The self-regulation of health and illness behavior*. Routledge: New York, 2003. P. 42—65.
- Leventhal H., Mora P.A.* Predicting outcomes or modeling process? Commentary on the Health Action Process Approach // *Applied Psychology: An International Review*, 2008. № 57(1). P. 51—65.
- Mann T., de Ridder D., Fujita K.* Self-regulation of health behavior: social psychological approaches to the goal setting and goal striving // *Health Psychology*, 2013. № 32(5). P. 487—498.
- Manning M.* The effects of subjective norms on behaviour in the theory of planned behaviour: a meta-analysis. // *British Journal of Social Psychology*, 2009. № 48(4). P. 649—705.
- Matarazzo J.D.* Behavioural health and behavioural medicine: frontiers for a new health psychology // *American Psychologist*, 1980. № 35. P. 807—817.
- McAndrew L.M., Musumeci-Szabo T.J., Mora P.A., Vilekyte L., Burns E., Halm E.A., Leventhal E.A., Leventhal H.* Using the common-sense model to design interventions for the prevention and management of chronic illness threats: from description to process // *British Journal of Health Psychology*, 2008. № 13. P. 195—204.
- Michie S., Abraham C., Eccles M.P., Francis J.J., Hardeman W., Johnston M.* Strengthening evaluation and implementation by specifying components of behavior change interventions: a study protocol // *Implementation Science*, 2011. № 6(10). 8 p. URL: <http://www.implementationscience.com/content/6/1/10> (дата обращения: 7.11.2014)
- Norcross J.C., Krebs P.M., Prochaska J.O.* Stages of change // *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 2011. № 67(2). P. 143—154.
- Painter J.E., Borba C.P., Hynes M., Mays D., Glanz K.* The use of theory in health behavior research from 2000 to 2005: A systematic review. // *Annals of Behavioral Medicine*, 2008. № 35. P. 358—362.
- Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19—22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States // In: *Official Records of the World Health Organization*. New York, Geneva: The World Health Organization, 1948. № 2. P. 100. URL: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2e.pdf (дата обращения: 7.11.2014)
- Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J.C.* In search of how people change. Applications to addictive behaviors // *American Psychologist*, 1992. № 47(9). P. 1102—1114.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C.* Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983. № 51(3). P. 390—395.

- Prochaska J.O., Wright J.A., Velicer W.F.* Evaluating theories of health behavior change: a hierarchy of criteria applied to the transtheoretical model // *Applied Psychology*, 2008. № 57(4). P. 561—588.
- Rogers R.W.* Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A Revised theory of protection motivation. / In J. Cacioppo & R. Petty (Eds.), *Social Psychophysiology*. New York: Guilford Press, 1983. P. 153—176.
- Rosenstock I.M.* The health belief model and preventative behavior // *Health education monographs*, 1974. № 2. P. 354—386.
- Schwarzer R.* Modeling health behavior change: how to predict and modify the adoption and maintenance of health behavior // *Applied Psychology: An International Review*, 2008. № 57(1). P. 1—29.
- Schwarzer R.* Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. / In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere, 1992. P. 217—243.
- Schwarzer R., Lippke S., Luszczynska A.* Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: the Health Action Process Approach // *Rehabilitation Psychology*, 2011. № 56(3). P. 161—170.
- Seligman M.* Positive health // *Applied psychology: an international review*. 2008. 57. P. 3—18.
- Sheldon K., Williams J., Joiner T.* *Self-determination theory in the clinic*. Yale University Press: New Haven & London, 2003. 208 p.
- Snihotta F.F.* Towards a theory of intentional behavior change: plans, planning and self-regulation // *British Journal of Health Psychology*, 2009. № 14. P. 261—273.
- Sutton S.A.* A critical review of the transtheoretical model applied to smoking cessation / In P. Norman, C. Abraham and M. Conner (Eds). *Understanding and changing health behaviour: from health beliefs to self-regulation*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 2000. P. 207—225.
- Velicer W.F., Prochaska J.O.* Stages and non-stages theories of behavior and behavior change: a comment on Schwarzer // *Applied Psychology: An International Review*, 2008. № 57(1). P. 75—83.
- Webb T.L., Sheeran P.* Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence // *Psychological Bulletin*, 2006. № 132(2). P. 249—268.
- Weinstein N.D., Sandman P.M.* The precaution adoption process model / In K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis (Eds.) *Health behavior and health education*. San Francisco: Jossey-Bass, 2002. P. 121—143.

PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS FOR HEALTH BEHAVIOR CHANGE: OPPORTUNITIES AND LIMITATIONS

E.I. RASSKAZOVA, N.V. KOSHELEVA

The paper considers possibilities and limitations of psychological methods of health behavior change based on the analysis of psychological approaches to

behavior change from perspective of continuum models (health beliefs theory, motivation protection theory, social cognitive theory, subjective expected utility theory), stage models (transtheoretical model, precaution adoption process model), as well as self-regulation models in health psychology — both general ("Rubicon" model, strength model of self-control, self-regulation theory by M. Carver and C. Scheier, self-determination theory) and specific to health psychology (temporal self-regulation theory). The difficulties of comparing the interventions effectiveness are discussed including different theoretical orientation of the models (health behavior prediction, description of its dynamics and its explanation, respectively), as well as difficulties of taking into account the contribution of concrete methods of individual behavior change and intervention characteristics.

Keywords: health psychology, health behavior change, psychological interventions, social programs in health psychology, continuum models, stage models, self-regulation models.

Anan'ev V.A. Vvedenie v psikhologiyu zdorov'ya: uchebnoe posobie. SPb: SPbMA-PO, 1998. 148 c.

Bovina I.B. Sotsial'naya psikhologiya zdorov'ya i bolezni. M.: Aspekt press, 2008. 263 c. Psikhologiya zdorov'ya. Pod red. G.S. Nikiforova. SPb: Piter, 2006. 607 c.

Rasskazova E.I. Samoregulyatsiya v psikhologii zdorov'ya i klinicheskoy psikhologii // Voprosy psikhologii, 2012. № 1. S. 75—82.

Abraham C. Beyond stages of change: multi-determinant continuum models of action readiness and menu-based interventions // Applied Psychology: An International Review, 2008. № 57(1). P. 30—41.

Abraham C., Graham-Rowe E. Are worksite interventions effective in increasing physical activity? A systematic review and meta-analysis // Health Psychology Review, 2009. № 3(1). P. 108—144.

Abraham C., Michie S. A taxonomy of behavior change techniques used in interventions // Health Psychology, 2008. № 27(3). P. 379—387.

Ajzen I. The theory of planned behavior // Organizational behavior and human decision processes, 1991. № 50. P. 179—211.

Armitage C.J. Is there utility in the transtheoretical model? // British Journal of Health Psychology, 2009. № 14. P. 195—210.

Armitage C.J., Conner M. Social cognition models and health behavior: a structured review // Psychology and Health, 2000. № 15. P. 173—189.

Bandura A. Social foundation of thought and action: a social cognitive theory. Englewood-Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1986. 617 p.

Baumeister R.F., Vohs K.D., Tice D.M. The strength model of self-control // Current Directions in Psychological Science, 2007. № 16. P. 396—403.

Carver C.S., Scheier M.F. On the self-regulation of behavior. New York: Cambridge University Press, 1998. 460 p.

Collins L.M., McKinnon D.P., Reeve B.B. Some methodological considerations in theory-based health behavior research // Health Psychology, 2013. № 32(5). P. 586—591.

- Conner M. Initiation and maintenance of health behavior // *Applied Psychology: An International Review*, 2008. № 57(1). P. 42—50.
- Deci E.L., Ryan R.M. The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior // *Psychological Inquiry*, 2000. № 11. P. 227—268.
- Edwards W. The theory of decision making // *Psychological Bulletin*, 1954. № 51. P. 380—417.
- Engel G.L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine // *Science*, 1977. № 196. P. 129—136.
- Fishbein M., Yzer M.C. Using theory to design effective health behavior interventions // *Communication Theory*, 2003. № 13(2). P. 164—183.
- Geist-Martin P., Ray E.B., Sharf B.F. Communicating health: Personal, cultural and political complexities. Belmont: Wadsworth / Thomson Learning, 2003
- Glanz K., Rimer B.K., Lewis F.M. The scope of health behavior and health education // In K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis (Eds.) *Health behavior and health education*. San Francisco: Jossey-Bass, 2002. P. 5—21.
- Gollwitzer P. Goal achievement: the role of intentions // *European Review of Social Psychology*, 1993. № 4(6). P. 141—185.
- Greaves C.J., Sheppard K.E., Abraham C., Hardeman W., Roden M., Evans P., Schwarz P. Systematic review of reviews of intervention components associated with increased effectiveness in dietary and physical activity interventions // *BMC Public Health*, 2011. 11(119). 12 p. URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/119>
- Hagger M. Self-regulation: an important construct in health psychology research and practice // *Health Psychology Review*, 2010. 4(2). P. 57—65.
- Hagger M., Wood C., Stiff C., Chatzisarantis N.L.D. The strength model of self-regulation failure and health-related behavior // *Health Psychology Review*. 2009. № 3(2). P. 208—238.
- Hall P.A., Fong G.Y. Temporal self-regulation theory: a model for individual health behavior // *Health Psychology Review*, 2007. № 1(1). P. 6—52.
- Hall P.A., Fong G.Y. Temporal self-regulation theory: looking forward // *Health Psychology Review*, 2010. № 4(2). P. 83—96.
- Heaney C.A., Israel B. Social networks and social support // In K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis (Eds.) *Health behavior and health education*. San Francisco: Jossey-Bass, 2002. P. 185—209.
- Heckhausen H., Gollwitzer P.M. Thought contents and cognitive functioning in motivational versus volitional states of mind // *Motivation and Emotion*, 1987. № 11(2). P. 101—120.
- Kuhl J. Action and state orientation: Psychometric properties of the action control scales (ACS-90). / In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.). *Volition and personality: Action versus state orientation*. Göttingen, Germany: Hogrefe, 1994. P. 47—59.
- Leventhal H., Brissette, I., Leventhal E. The common-sense model of self-regulation of health and illness / In L.D. Cameron, H. Leventhal (Eds.) *The self-regulation of health and illness behavior*. Routledge: New York, 2003. P. 42—65.
- Leventhal H., Mora P.A. Predicting outcomes or modeling process? Commentary on the Health Action Process Approach // *Applied Psychology: An International Review*, 2008. № 57(1). P. 51—65.

- Mann T., de Ridder D., Fujita K.* Self-regulation of health behavior: social psychological approaches to the goal setting and goal striving // *Health Psychology*, 2013. № 32(5). P. 487—498.
- Manning M.* The effects of subjective norms on behaviour in the theory of planned behaviour: a meta-analysis. // *British Journal of Social Psychology*, 2009. № 48(4). P. 649—705.
- Matarazzo J.D.* Behavioural health and behavioural medicine: frontiers for a new health psychology // *American Psychologist*, 1980. № 35. P. 807—817.
- McAndrew L.M., Musumeci-Szabo T.J., Mora P.A., Vilekyte L., Burns E., Halm E.A., Leventhal E.A., Leventhal H.* Using the common-sense model to design interventions for the prevention and management of chronic illness threats: from description to process // *British Journal of Health Psychology*, 2008. № 13. P. 195—204.
- Michie S., Abraham C., Eccles M.P., Francis J.J., Hardeman W., Johnston M.* Strengthening evaluation and implementation by specifying components of behavior change interventions: a study protocol // *Implementation Science*, 2011. № 6(10). 8 p. URL: <http://www.implementationscience.com/content/6/1/10>
- Norcross J.C., Krebs P.M., Prochaska J.O.* Stages of change // *Journal of Clinical Psychology*: In Session, 2011. № 67(2). P. 143—154.
- Painter J.E., Borba C.P., Hynes M., Mays D., Glanz K.* The use of theory in health behavior research from 2000 to 2005: A systematic review. // *Annals of Behavioral Medicine*, 2008. № 35. P. 358—362.
- Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19—22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States // In: *Official Records of the World Health Organization*. New York, Geneva: The World Health Organization, 1948. № 2. P. 100. URL: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2e.pdf
- Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J.C.* In search of how people change. Applications to addictive behaviors // *American Psychologist*, 1992. № 47(9). P. 1102—1114.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C.* Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983. № 51(3). P. 390—395.
- Prochaska J.O., Wright J.A., Velicer W.F.* Evaluating theories of health behavior change: a hierarchy of criteria applied to the transtheoretical model // *Applied Psychology*, 2008. № 57(4). P. 561—588.
- Rogers R.W.* Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A Revised theory of protection motivation. / In J. Cacioppo & R. Petty (Eds.), *Social Psychophysiology*. New York: Guilford Press, 1983. P. 153—176.
- Rosenstock I.M.* The health belief model and preventative behavior // *Health education monographs*, 1974. № 2. P. 354—386.
- Schwarzer R.* Modeling health behavior change: how to predict and modify the adoption and maintenance of health behavior // *Applied Psychology: An International Review*, 2008. № 57(1). P. 1—29.
- Schwarzer R.* Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. / In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere, 1992. P. 217—243.

- Schwarzer R., Lippke S., Luszczynska A. Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: the Health Action Process Approach // *Rehabilitation Psychology*, 2011. № 56(3). P. 161—170.
- Seligman M. Positive health // *Applied psychology: an international review*. 2008. 57. P. 3—18.
- Sheldon K., Williams J., Joiner T. *Self-determination theory in the clinic*. Yale University Press: New Haven & London, 2003. 208 p.
- Sniehotta F.F. Towards a theory of intentional behavior change: plans, planning and self-regulation // *British Journal of Health Psychology*, 2009. № 14. P. 261—273.
- Sutton S.A. A critical review of the transtheoretical model applied to smoking cessation / In P. Norman, C. Abraham and M. Conner (Eds). *Understanding and changing health behaviour: from health beliefs to self-regulation*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 2000. P. 207—225.
- Velicer W.F., Prochaska J.O. Stages and non-stages theories of behavior and behavior change: a comment on Schwarzer // *Applied Psychology: An International Review*, 2008. № 57(1). P. 75—83.
- Webb T.L., Sheeran P. Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence // *Psychological Bulletin*, 2006. № 132(2). P. 249—268.
- Weinstein N.D., Sandman P.M. The precaution adoption process model / In K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis (Eds.) *Health behavior and health education*. San Francisco: Jossey-Bass, 2002. P. 121—143.

КРАТКОСРОЧНОЕ ПРОБЛЕМНО-ОРИЕНТИРОВАННОЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В РАМКАХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА: АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОСТЕЙ НА ПРИМЕРЕ СЛУЧАЯ ИЗ ПРАКТИКИ

О.М. БОЙКО

В статье на примере случая эффективного краткосрочного проблемно-ориентированного психологического консультирования с пациентом с диагнозом шизофрения, параноидная форма, затяжное галлюцинаторное состояние (F20.00) в рамках психиатрического стационара разбираются возможности и ограничения применения данного жанра в профессиональной деятельности психолога, работающего с клинической выборкой. Выделяются условия, препятствующие формированию синдрома эмоционального выгорания и помогающие сохранению эмпатической позиции в работе медицинского психолога с людьми, страдающими психическими заболеваниями. Осуществляется критический разбор представленной проблематики с точки зрения разных психотерапевтических подходов, с обоснованием используемых техник. Приведенный пример иллюстрирует возможность и принципиальную важность ориентации на предъявляемый запрос и удовлетворенность специалиста результатом, который требуется пациенту и приносит ему облегчение, и необходимость отказа от грандиозных недостижимых целей.

Ключевые слова: психологическое консультирование, эмоциональное выгорание, профилактика эмоционального выгорания, психические заболевания, шизофрения.

Психологическое консультирование и психотерапевтическая помощь в рамках психиатрического стационара имеют ряд особенностей и ограничений. Во-первых, ограниченность сроков работы, обусловленная непродуктивностью работы психолога при наличии у пациента острой психотической симптоматики и, затем, его выпиской при установлении медикаментозной ремиссии. В связи с современной тенден-

цией к максимальному сокращению сроков госпитализации, для работы с психологом пациент доступен в течение узкого периода между снятием основной психотической симптоматики и стабилизацией состава поддерживающей терапии. Сроки окна между этими датами могут ограничиваться одной-двумя неделями, что, с учетом повседневной рабочей нагрузки психолога, может оставлять возможность для проведения нескольких сеансов психологического консультирования. С другой стороны, глубина проблематики, ее тяжесть, степень дезадаптации и само понимание, что имеешь дело с психиатрическим пациентом, настраивают специалиста на мысль о необходимости длительной психотерапевтической работы. Это несоответствие между понимаемым идеалом и объективно имеющимися возможностями приводит к тому, что, зачастую, консультационная и психотерапевтическая работа психолога в психиатрическом стационаре сопровождается переживаниями безнадежности в отношении ее продуктивности и по поводу собственного бессилия. А именно, данный комплекс эмоциональных реакций существенно повышает риск эмоционального выгорания [Таткина, 2009; Ермакова, 2010], который и так является одним из наиболее высоких для всех специалистов сферы психического здоровья [Юрьева, 2004]. Одним из важных негативных проявлений синдрома эмоционального выгорания является дегуманизация, находящая свое проявление в циничной, отстраненной, неэмпатичной позиции по отношению к пациенту [Ермакова, 2010; Юрьева, 2004]. Данный аспект, наряду с общими гуманистическими побуждениями, делает актуальным решение проблемы оказания качественной психологической помощи пациентам психиатрического стационара в условиях дефицита времени.

Одним из ключевых условий профилактики формирования синдрома психологического выгорания у специалистов области «человек-человек» является установление выполнимых целей, реализацию которых можно отследить, а также понимание их значения в общей канве работы [Таткина, 2009; Ермакова, 2010]. Объективное отсутствие возможностей для проведения долгосрочной и глубинной психотерапии в период стационарирования не означает невозможность оказания качественной помощи пациентам психиатрического стационара, а отказ от грандиозных целей и понимание того, что решение конкретных проблем облегчает им жизнь, может являться одним из выходов в сложившейся ситуации. Это положение наглядно иллюстрирует описываемый ниже клинический случай.

Пациент N., юноша 22 лет с диагнозом шизофрения, параноидная форма, затяжное галлюцинаторное состояние (F20.00), неоднократно госпитализировался в психиатрический стационар (биографические

данные изменены для соблюдения конфиденциальности). На момент первой консультации состояние медикаментозной ремиссии было достигнуто и до окончания срока стационарного лечения оставалось около двух недель. В качестве запроса на психологическую помощь юноша предъявил жалобу на то, что он до слез скучает по маме, скучает в такой степени что, находясь в настоящее время в стационаре, каждый день плачет по этому поводу. Предваряя описание работы, хочется отметить, что среди контингента мужского отделения (юношеского и взрослого возраста) такие жалобы единичны, несмотря на наличие пациентов разных нозологических групп и, в том числе, с подобным же диагнозом и с сильной привязанностью к родителям.

Стоит сказать, что мама и другие родственники практически каждый день навещали пациента, а каждые выходные он отправлялся в лечебный отпуск домой. Кроме того, юноша имел возможность в любой момент звонить маме по мобильному телефону, что не снижало интенсивности испытываемого чувства. В ходе дальнейшей беседы выяснилось, что он всегда был привязан к матери и дома частенько «ходит за ней хвостиком», на что мама-домохозяйка реагирует тепло и благожелательно. Наличие возможности практически неограниченного дистанционного доступа к эмоциональной поддержке в момент обращения пациента за помощью дало возможность предположить, что дело здесь не в ее недостатке данный момент, как может наблюдаться у человека, лишенного доступа к привычному кругу общения и не сформировавшего еще нового, поскольку в таком случае интенсивность переживания должна была хотя бы кратковременно снижаться после звонка маме, чего в реальности не происходило [Sarason, Sarason, 2009]. Опровержением гипотезы о фрустрации чувства принадлежности послужил отрицательный ответ на уточнение, помогает ли пациенту обращение к чему-то, напоминающему о маме (просмотр ее фотографий в телефоне, чтение ее смс сообщений, обращение к ее подарку). Последнее часто используется людьми всех возрастов (вне зависимости от наличия или отсутствия психиатрического диагноза) для поддержания внутреннего ощущения близости со значимым человеком и помогает при переживании одиночества и покинутости.

Для дальнейшего прояснения ситуации было решено обратить внимание на обстоятельства и переживания пациента, сопровождающие появление тоски по маме. Выяснилось, что чаще всего это чувство возникает в ходе тихого часа и после вечернего отбоя, когда пациенты должны оставаться в палатах и соблюдать тишину. К этому времени пациент устает читать (так как читает учебную литературу, начиная с утра), телевизор смотреть нельзя, а чем еще заняться, он не знает. На основании этих данных возникла рабочая гипотеза о том, что интенсивные

приступы тоски по маме могут быть связаны с испытываемой пациентом скукой. Для проверки этой гипотезы пациенту был задан вопрос о том, что он делает дома, когда ему нечем заняться, когда одно дело он уже закончил, а со следующим еще не определился. Выяснилось, что именно в это время он и начинает «ходить за мамой хвостиком»: общается с ней, старается попить с ней чай или просто побыть вместе.

Следующим шагом для подтверждения терапевтической гипотезы стало предоставление полученных данных пациенту с озвучиванием предположения о том, что, несмотря на действительно сильную привязанность к маме, особенно сильно скучать по ней он начинает в той ситуации, когда одно дело он уже закончил, а другое еще не выбрал — и временно больше ни на что не может отвлечься. Юноше было предложено во время ближайшего тихого часа и следующего лечебного отпуска понаблюдать за временем возникновения этих приступов тоски и относиться к ним как материалу для исследования, чтобы несколько снизить эмоциональную вовлеченность в болезненные переживания и посмотреть, не связаны ли эти состояния с отсутствием дела на данный момент, с переходным состоянием между окончанием одного занятия и необходимостью найти для себя что-то другое.

На следующей консультации пациент выглядел повеселевшим. Он сразу заявил, что обсуждать больше нечего, так как он убедился, что интенсивная тоска по маме возникает в той ситуации, когда ему нечем заняться, и что сейчас он старается спланировать свою занятость и отвлекать себя в тех ситуациях, когда нет возможности пообщаться с мамой лично. Еще через неделю, поскольку пациент все еще находился в отделении, я справилась о его состоянии. На вопрос о своем настроении он сообщил, что, несмотря на грусть оттого, что выписку немного отсрочили, все хорошо, что он звонит маме не так часто, как раньше (не постоянно, а несколько раз в день), и успешно находит себе занятия.

Таким образом, можно утверждать, что результат консультирования оказался достаточно устойчивым и пациент научился контролировать тревожащую его симптоматику и смог использовать свой навык для того, чтобы сделать для себя менее травматичной ситуацию неожиданной отсрочки выписки.

Обсуждение

Приведенный пример интересен с двух точек зрения. Во-первых, заявленная пациентом проблема на первый взгляд является глубинной и требует для своего разрешения длительной психотерапевтической работы, желательной в рамках психодинамического подхода. Наиболее приемлемой в данном контексте выглядит интерпретация проблемы как

показателя несформированности постоянства внутреннего хорошего объекта вследствие ранних нарушений на фазе образования переходного объекта, воплощающего в себе материнские способности к успокоению и служащего промежуточным этапом в интериоризации, присвоении их себе [Шарфф, Шарфф, 2009]. Классическая психодинамическая работа по сепарации и формированию внутреннего хорошего объекта занимает не один год. При этом, наличие психиатрического заболевания у описываемого пациента ограничивает круг возможных подходов в рамках психодинамического направления поддерживающей психотерапии [Мак-Вильямс, 2006]. Кроме того, для успешности работы у пациента должно быть желание исследовать себя, изменять собственную жизнь, чего в данном случае не наблюдалось. Вследствие этого, целью психологического консультирования в данном случае стало облегчение испытываемой пациентом тоски, как за счет понимания ее происхождения, так и посредством умения ее контролировать.

Другие возможности дает рассмотрение запроса с точки зрения гештальт-терапии. Объясняя испытываемые пациентом переживания как трудности перехода от одной уже реализованной потребности к опознаванию следующей, можно найти методологические и теоретические ресурсы для краткосрочной работы. Становление новой потребности сопровождается необходимостью прислушаться к собственным ощущениям и переживаниям, опознать их. С опорой на них, с точки зрения теоретиков гештальт-подхода, формируется новое желание, и именно их наличие дает силы для реализации этого нового желания. Этот период, так называемый преконтакт, занимает некоторое время и требует умения прислушиваться к себе, не подгонять себя. К разнообразным вариантам срыва этой стадии относят, в том числе, и нарушения пищевого поведения, когда все стимулы из-за ошибок в их определении опознаются как побуждающие к еде. Важно отметить, что характер опредмечивания имеющихся ощущений и переживаний, особенно при их недифференцированности, может различаться и определяется в основном историей жизни человека. В приведенном примере недифференцированные переживания, испытываемые пациентом на фазе преконтакта, опредмечиваются как потребность в эмоциональной и территориальной близости с матерью. Классический гештальт-подход предлагает в таком случае применить фокусировку на ощущениях и чувствах с тем, чтобы вернуться к первичному субстрату, определяющему потребность и разрушить имеющееся «ложное объяснение» [Лебедева, Иванова, 2005]. Однако это может временно повысить уровень тревоги и испытываемого пациентом дискомфорта, что в работе с представителями клинической выборки является нежелательным, так как создавать, пусть и временную, неопределенность для психотического пациента равносильно тому, чтобы «плеснуть

бензин в пламя психотического ужаса» [Мак-Вильямс, 2006, С. 101]. В связи с этим, адекватным психическому статусу пациента является использование поверхностной (не генетической) интерпретации — выдвижения гипотезы о том, с чем могут быть связаны его переживания, и формулирование рекомендаций на ее основе [Аграчев, Кадыров, 2000], к которым относится предложение понаблюдать за своими реакциями и поэкспериментировать, тренируясь отвлекать и успокаивать себя самостоятельно.

Таким образом, за счет эклектичности применяемого подхода к пониманию предъявляемой симптоматики и ее коррекции удастся добиться возникновения у пациента ощущения контроля по отношению к тревожащему его состоянию, что является одной из целей любой психокоррекционной и консультативной работы.

Возвращаясь к проблеме эмоционального выгорания, данный случай демонстрирует, как, за счет постановки реалистичных по отношению к имеющимся условиям целей, удается не только достичь удовлетворяющего пациента результата, но и ощутить радость от собственной профессиональной деятельности, удовлетворение ею, что дает дополнительный стимул для дальнейшего профессионального развития. Кроме того, как и каждый положительный опыт, он формирует внутренний ресурс для сохранения возможности ощущения сопереживания и сострадания людям, в чью жизнь вторглась психическая болезнь.

ЛИТЕРАТУРА

- Аграчев С.Г., Кадыров И.М. Психоанализ и психоаналитическая терапия // Учебное пособие: Основные направления современной психотерапии. М.: «Когито-Центр», 2000. С. 75—98.
- Ермакова Е.В. Изучение синдрома эмоционального выгорания как нарушения ценностно-смысловой сферы личности (теоретический аспект) // Культурно-историческая психология, 2010. № 1. С. 27—39.
- Лебедева Н.М., Иванова Е.А. Путешествие в гештальт. Теория и практика. СПб, «Речь», 2005. 560 с.
- Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе. М.: Независимая фирма «Класс», 2006. 476 с.
- Таткина Е.Г. Синдром эмоционального выгорания медицинских работников как объект психологического исследования // Вестник ТГПУ, 2009. № 11 (89). С. 131—134.
- Шарфф Дж.С., Шарфф Д.Э. Основы теории объектных отношений. М.: «Когито-Центр», 2009. 304 с.
- Юрьева Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников. Формирование, профилактика и коррекция. Киев: «Сфера», 2004. 272 с.
- Sarason I.G., Sarason B.R. Social support: Mapping the construct. Journal of Social and Personal Relationships, 2009. № 26(1). P. 113—121. doi: 10.1177/0265407509105526.

SHORT-TERM PROBLEM-ORIENTED PSYCHOLOGICAL CONSULTING IN A PSYCHIATRIC SETTING: OPPORTUNITY'S ANALYSIS ON CASE STUDY

O.M. BOYKO

The article describes the case of short-term problem-oriented psychological consulting of a patient in a psychiatry clinic, with diagnosis: schizophrenia, paranoid form, continuous hallucinatory state. The opportunities and limitations of using this psychotherapeutic genre in work with clinical patients are discussed. The conditions which help to prevent the emotional burnout and keep emphatic position during psychological work with psychiatry patients are outlined. The critical analysis of the described problem in terms of different psychotherapeutic approaches is provided, the used techniques are justified. The described case illustrates that it is possible and important to be focused on the client's appeal and the result of psychotherapy, desired by the patient himself, being a relief for him; at the same time it is appropriate to abandon grandiose unreachable goals.

Key words: psychological consulting, emotional burnout, emotional burnout prevention, psychical disorders, schizophrenia.

- Agrachev S.G., Kadyrov I.M.* Psikhoanaliz i psikhoanaliticheskaya terapiya. // Uchebnoe posobie: Osnovnye napravleniya sovremennoj psikhoterapii. M.: "Kogito-TSentr", 2000. C. 75—98.
- Ermakova E.V.* Izuchenie sindroma ehmotSIONal'nogo vygoraniya kak narusheniya tsennostno-smyslovoj sfery lichnosti (teoreticheskij aspekt) // Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya, 2010. № 1. C. 27—39.
- Lebedeva N.M., Ivanova E.A.* Puteshestvie v geshtal't. Teoriya i praktika. SPb, "Rech", 2005. 560 c.
- Mak-Vil'yams N.* Psikhoanaliticheskaya diagnostika. Ponimanie struktury lichnosti v klinicheskom protsesse. M.: Nezavisimaya firma "Klass", 2006. 476 c.
- Tatkina E.G.* Sindrom ehmotSIONal'nogo vygoraniya meditsinskikh rabotnikov kak ob'ekt psikhologicheskogo issledovaniya // Vestnik TGPU, 2009. № 11 (89). C. 131—134.
- Sharff Dzh.S., SHarff D.EH.* Osnovy teorii ob'ektnykh otnoshenij. M.: "Kogito-TSentr", 2009. 304 c.
- Yur'eva L.N.* Professional'noe vygoranie u meditsinskikh rabotnikov. Formirovanie, profilaktika i korrektsiya. Kiev: "Sfera", 2004. 272 c.
- Sarason I.G., Sarason B.R.* Social support: Mapping the construct. Journal of Social and Personal Relationships, 2009. № 26(1). P. 113—121. doi: 10.1177/0265407509105526.

ОПЫТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РЕБЕНКУ 1,5 ЛЕТ В СИТУАЦИИ ПОЖАРА

А.А. БАКАНОВА

В статье проанализирован опыт психологического сопровождения мальчика (возраст 1 год и 6 месяцев), который пережил стресс в ситуации пожара.

Автор описывает ситуацию, оказавшуюся стрессовой для ребенка, затем рассматривает особенности его поведения и эмоциональных реакций, а также содержание психологической помощи на разных этапах переживания последствий стресса (на протяжении четырех месяцев после пожара).

В завершении статьи характеризуются общие закономерности переживания стрессового состояния ребенком, а также принципы психологической помощи, сформулированные по результатам наблюдения и анализа ситуации. В частности, отмечается, что стрессоры для ребенка имеют иерархическую структуру, а проработка травмирующей ситуации осуществляется по концентрическому принципу за счет многократного ее повторения. Это обуславливает такие основные принципы оказания психологической помощи, как: следование за ребенком, терпение и повторение, сочетание вербальных и невербальных техник.

Анализ случая показывает, что нижняя возрастная граница эффективной проработки стрессовых переживаний может находиться в раннем детстве, хотя и зависит от психологических особенностей ребенка.

Ключевые слова: стресс, переживание последствий стресса у детей раннего возраста, психологическая помощь детям, десенсибилизация.

Особенности переживания стресса детьми раннего возраста являются темой актуальной, но пока недостаточно изученной и в теоретической, и в практической психологии. Трудности в ее изучении связаны с целым рядом факторов, обусловленных как недостатком психологической культуры в социуме (например, распространенные убеждения родителей в том, что маленький ребенок все равно «ничего не понимает» или «потом все забудет»), так и особенностями психического развития детей этого возраста (например, ограничения в речевом взаимодействии). Поэтому возможность проанализировать свой опыт наблюдений за переживаниями ребенка в ситуации стресса и результативностью

психологического сопровождения представляется нам чрезвычайно важной и интересной.

Представим в данной статье опыт психологического сопровождения мальчика (возраст 1 год и 6 месяцев), который пережил стресс в ситуации пожара. Опишем вначале ситуацию, оказавшуюся стрессовой для ребенка, затем рассмотрим особенности его поведения и эмоциональных реакций, а также содержание психологической помощи на разных этапах переживания последствий стресса. В завершении опишем выделенные нами некоторые общие закономерности переживания стрессового состояния ребенком, а также принципы психологической помощи.

Особенности ребенка. Физическое и психическое развитие ребенка на момент стрессовой ситуации находилось в пределах возрастных норм, а по некоторым показателям превышало их. Ребенок растет в полной благополучной семье.

Стрессовая ситуация. Пожар произошел в многоквартирном доме (147 серии): у соседей по лестничной площадке (5-й этаж) началось возгорание на лоджии, которое перекинулось затем в комнату. Почувствовав запах дыма, соседи четырех других квартир собрались на общей площадке, вызвали пожарных и попытались потушить пожар своими силами, что им не удалось. Пожарная машина приехала довольно быстро. К этому времени родители мальчика были в курсе происходящих событий, а ребенок только наблюдал за действиями отца, курсировавшего между собственной и соседской квартирами. Появившиеся пожарные, оценив обстановку и степень задымления, попросили всех соседей выйти из квартир на улицу. Услышав о задымлении от пожарных, родители на всякий случай захватили с собой для ребенка носовой платок, смоченный в воде. После недолгих сборов семья вышла из квартиры: вначале мать с ребенком на руках, за ними — отец. На площадке, ведущей к лифтам, семья оказалась в сильной дымовой завесе, сквозь которую ничего не было видно. Мать прижала к лицу ребенка влажный платок и стала на ощупь и буквально по памяти пробираться к дверям, ведущим на лестницу, так как в дыму не было видно никаких привычных ориентиров. Пожарные встретили мать с ребенком практически у лестницы, помогли спуститься на два этажа ниже, где задымление было не таким сильным. Затем семья благополучно выбралась на улицу. Примерно через час после того, как пожар был потушен и дым развеялся, семья вернулась в квартиру.

Поведение ребенка во время ситуации пожара. Начало ситуации, естественно, не осознавалось ребенком как стрессовое. Частое открывание входной двери отцом на начальном этапе развития ситуации вызывало скорее интерес. Во время одевания мальчик вел себя спокойно и даже заинтересованно, так как идея предстоящей вечерней прогулки ему яв-

но нравилась. После выхода из квартиры ребенок, находясь на руках у матери, не демонстрировал признаков тревоги вплоть до момента вхождения в дымовую завесу. Пусковым моментом для его плача послужило удерживание влажного платка у носа (этот плач послужил одновременно сигналом для пожарных о наличии ребенка на задымленном участке лестничной клетки). Плач продолжался во время всего спуска по лестнице и прекратился только на улице.

Некоторое время, находясь на улице вместе с родителями, ребенок наблюдал за происходящим (в основном, за действиями пожарных и общением родителей с соседями). В это время он наотрез отказывался спускаться с рук матери, начинал плакать при попытках матери спустить его с рук. Когда пожар был потушен и можно было вернуться в квартиру, отец вынес коляску, в которую ребенок пересел, и вскоре, в процессе недолгой прогулки, заснул. Во время возвращения домой ребенок был полусонный и никаких признаков беспокойства не демонстрировал. Ночью заснул достаточно быстро и спал, как обычно.

Таким образом, оценивая ситуацию, мы можем отнести ее к разряду стрессовых, — создающих предпосылки для волнения и напряжения, но, в целом, не угрожающих жизни и личной безопасности ребенка.

Признаки «травматизации» у ребенка

Признаки «травматизации» появились у ребенка на следующий день во время выхода из дома на прогулку. Примечательно в связи с этим, что до момента выхода из квартиры, он ничем не напоминал родителям о произошедшем с ним накануне. Выйдя за дверь квартиры, ребенок как будто вспомнил события прошлого дня и стал демонстрировать беспокойство — хныкать, всплакивать, упрямитесь; с опаской делая каждый шаг, он то показывал пальцем на дверь, ведущую к лифтам, то закрывал свой рот рукой.

В этот и последующие дни (на протяжении примерно трех недель с постепенным «затуханием» интенсивности проявлений) его поведение демонстрировало страх снова столкнуться с неприятными событиями и переживаниями. Прежде чем выйти за дверь, ведущую к лифтам, он долго и внимательно оглядывал холл, держал за руку маму и не делал шаг за порог прежде, чем не убеждался в отсутствии дыма.

На площадке перед лифтами он снова зажимал рот рукой и, демонстрируя беспокойство, указывал пальцем на дверь, ведущую к лестнице (по которой он с мамой спускался во время задымления, в то время как привычный способ — использование лифта). Активно жестикулируя и как будто пытаясь что-то объяснить, привлекал внимание родителей к своим опасениям снова увидеть дым. Иногда буквально «заставлял» маму открывать эту дверь и проверять наличие дыма и за ней.

В последующие несколько дней ребенок стал демонстрировать беспокойство, связанное с недавними событиями не только при выходе на прогулку и возвращении с нее, но и в другое время, например, утром или в перерывах между играми. Создавалось впечатление, что беспокойство накатывает на него «волнами», заставляя подходить к входной двери и проверять наличие за ней дыма. В это время он стал четко проносить слово «дим» (дым), что вкупе с закрыванием рта рукой вполне ясно демонстрировало его ведущие переживания.

Можно также отметить, что события пережитого пожара стали для ребенка своеобразной фигурой, которая явно выделялась на фоне остальных событий и впечатлений. Так, он живо реагировал на слово «дым» в любом контексте разговора; стал замечать дым из труб ТЭЦ и от костров в парке; под его понятие «дим» подпадал пар из канализационных люков и кастрюль, выхлопные газы автотранспорта, а также туман и даже облака. Другой «травмирующей фигурой» стали выступать все маски и предметы, закрывающие нижнюю часть лица (ватно-марлевые повязки, респираторы, поднятые воротники и т.д.), случайно увиденные на улице, в новостях или фильмах по телевизору. Все эти элементы травмирующей для ребенка ситуации сначала пугали его (иногда он даже плакал, увидев, например, врача в такой маске), а потом, судя по реакциям, стали предметами ярко выраженного интереса, как будто он пытался понять их назначение в другом, менее пугающем, контексте.

Примерно в это же время, по воспоминаниям родителей, ребенок стал интересоваться мигалками на машинах (по аналогии с увиденными им на пожарной машине и на машине скорой помощи во время тушения пожара), а также воем сирены.

Анализируя поведение ребенка, можно выделить следующие этапы переживания им последствий стресса, а также их основное содержание.

Первый период — «острый» — длился в течение примерно трех—пяти дней. Этот период характеризовался выраженным беспокойством ребенка в отношении вероятности повторения стрессового события. Ребенок как бы «рассказывал» его по несколько раз в день, указывая на наиболее значимые для него элементы произошедшего, а именно: наличие дыма за входной дверью, платок на нижней части лица и спускание пешком по лестнице.

Второй период — «актуальный», длящийся около трех—четырех недель, свидетельствовал о сохранении актуальности для ребенка переживаний, связанных с пожаром. В этот период частота «упоминаний» о случившемся постепенно сокращалась: если в начале периода ребенок мог в течение дня до десяти раз вспомнить о пожаре, то примерно через месяц частота таких обращений стала примерно один—два раза. Также

значительно снизился «градус» эмоциональных реакций: если в начале воспоминание о пожаре могло привести к слезам и настойчивым попыткам самостоятельно открыть дверь, чтобы убедиться в отсутствии дыма (которые прекращались только после того, как ребенок достигал своей цели), то по прошествии месяца воспоминание просто обозначалось ребенком вербально (например, словом «дим», произнесенным около лифта), иногда с интонациями сожаления и печали.

Третий период, который можно выделить в связи с переживанием стрессовой ситуации — «отдаленный». По свидетельству родителей, этот этап можно очертить периодом примерно со второго по четвертый месяц после пожара. На этом этапе уже практически отсутствовали вербальные упоминания о произошедшем (1—2 раза в месяц), которые, к тому же, инициировались не столько самим ребенком, сколько внешними обстоятельствами — контекстом разговора взрослых или ситуацией (например, из-за отключения лифта пришлось идти на прогулку, спускаясь по лестнице). Более того, любое напоминание о пожаре или его атрибутике (дым, шланг с водой, пожарный, повязка на лице), хоть и сохраняли свою значимость в силу пережитого опыта, но не несли при этом сверхнормативной эмоциональной нагрузки.

В соответствии с выделенными этапами переживания ребенком стресса опишем основное содержание психологической помощи.

Этапы и содержание психологической помощи

1. Подготовка к ситуации. Говоря о ситуации пожара, следует отметить, что родители сами оказались не подготовленными к высокой степени задымления лестничной площадки, что послужило причиной их невнимания к психологической подготовке ребенка. Возможно, знание ребенком некоторой информации о том, что он сейчас должен будет делать и с чем столкнется, помогло бы ему в адаптации к условиям незнакомой ситуации.

2. Прохождение задымления. Важным поддерживающим элементом, на наш взгляд, является тот факт, что ребенок находился на руках у матери, что обеспечило ему чувство безопасности в незнакомой ситуации и в условиях полного отсутствия видимости.

3. Нахождение на улице после выхода из места задымления. Так как ребенок переживал в этот момент испуг, то одним из способов «вывести» его из этого состояния и усилить чувство безопасности (помимо того, что держать на руках) был элемент «информационной терапии». Мама постоянно разговаривала с ним, объясняя и комментируя на понятном ребенку языке все события и действия людей («это — дядя пожарный, у него в руках шланг»). Это имело целью не только сообщение не-

обходимой информации, но и за счет спокойного и уверенного тона должно было на невербальном уровне сообщать ребенку о том, что ситуация имеет объяснение, ее можно структурировать, а значит — контролировать. Ребенок переключился на слушание и стал не без тревоги, но с интересом рассматривать все вокруг.

4. Острый период переживания стресса. Прежде, чем описать используемые на данном этапе методы психологической помощи и поддержки, следует отметить, что все они опирались на потребности ребенка, которые тот демонстрировал на разных этапах переживания стресса. Поэтому используемые психологические методы имели целью не предугадать возможные переживания ребенка, а как можно точнее ответить на них, помогая с ними справиться, «прожить» их.

Для реализации этих целей в рамках индивидуального психологического консультирования было проведено обучение мамы. Как известно, обучение родителей «призвано расширить сферу осознаваемого, сформировать позитивные отношения с ребенком и «вырастить в родителе психотерапевтическую позицию» [Васягина, 2011, С. 127]. Примеры обучения родителей роли психотерапевтического агента в жизни своих детей можно найти в различных психологических подходах (А. Адлер, А. Бандура, Т. Гордон, Р. Дрейкус, Х. Джайнотт [Васягина, 2011]). Благодаря приобретенным навыкам родители способствуют позитивным изменениям личности ребенка, а в данном случае — снижению эмоционального напряжения, вызванного стрессом.

Итак, в процессе психологической помощи ребенку были использованы следующие методы:

- Элементы поведенческой терапии. Родители вместе с ребенком снова и снова (иногда — по несколько раз в день, но каждый раз — по просьбе ребенка) проходили маршрут от входной двери до лифта, убеждаясь в отсутствии дыма. После того, как этот маршрут был «освоен», с ребенком проходили по маршруту от входной двери до лестничного марша; при этом важно было давать ребенку на осмотр окружающего пространства столько времени, сколько ему было нужно (не торопить, не уводить в квартиру или на улицу, не ограничивать его инициативность и самостоятельность).

Несмотря на то, что эффективность поведенческой терапии подтверждена многочисленными клиническими исследованиями, терапевтические интервенции в отношении детей самой младшей возрастной группы (от 0 до 3 лет) являются «большой редкостью» [Лаут, Брак, Линдеркамп, 2005]. В связи с этим можно отметить, что систематическая десенсибилизация, являющаяся одним из наиболее распространенных методов поведенческой терапии [Осипова, 2002], показала в данном

случае свою эффективность для коррекции тревоги, вызванной стрессовой ситуацией.

- Элементы когнитивной терапии и убеждения. Во время обходов ребенку демонстрировали, что «дыма нет», ему вновь и вновь рассказывали о «дядях пожарных», которые приехали и «прогнали дым». Ребенку старались предоставить доступную для него информацию о том, что такое пожар, кто такие пожарные, чем дым отличается от пара; объясняли, почему во время пожара он спускался с мамой по лестнице, а не на лифте, и почему ему приложили платок к носу. Как видно из примеров, все элементы стрессовой ситуации воспроизводились родителями снова и снова, но уже с подробными объяснениями и демонстрациями.

Предоставление ребенку информации, разъясняющей непривычную для него ситуацию, нельзя в полной мере назвать когнитивной терапией, однако в этом процессе можно усмотреть предпосылки построения внутренних моделей для переработки информации и регуляции на их основе своего поведения. С точки зрения когнитивной терапии, процессы переработки информации играют основную роль в патологических эмоциональных состояниях и дисфункциональном поведении, поэтому «изменение восприятия и мышления влечет за собой модификацию болезненных переживаний и поведенческих реакций» [Холмогорова, Гаранян, 2000, С. 268]. При работе с детьми раннего возраста невозможно использовать оригинальные методы когнитивной терапии, основанные на рефлексии и осознании, однако можно использовать «готовые» формы адаптивных когниций, облегчающих восприятие стрессовой ситуации, в сочетании с поведенческой терапией. Как пишет В.Г. Ромек, «приемы когнитивной терапии в комплексе с поведенческой терапией дают значительное повышение эффективности психологической коррекции страхов» [Ромек, 2002].

- Отражение переживаний ребенка и их вербализация взрослыми являлась, на наш взгляд, важным элементом психологической помощи. Так как ребенок в силу возрастных особенностей еще не мог сам говорить о своих переживаниях, то их «озвучивали» взрослые, ориентируясь на его невербальные реакции. Причем, на понятном ребенку языке озвучивались не только переживания (испуг, неуверенность, удивление, интерес), но также действия — как его собственные, так и других людей (мамы, папы, пожарных).

- Драматизация (моделирование ситуации с игрушкой). Примерно на второй день после пожара ребенок взял новый платок и стал одевать его своей мягкой игрушке Хрюше на нос. Эта игра была использована для отыгрывания стрессовой ситуации. Ребенку предложили взять

Хрюшу на руки и, держа платочек у его носа, выйти из двери, моделируя поведение мамы. Ребенок дошел с игрушкой от двери квартиры до лифта, а затем до лестницы и спустился в сопровождении взрослых на несколько лестничных пролетов вниз. После этого, удовлетворенный, мальчик вернулся домой и больше уже не просил выносить Хрюшу из квартиры, хотя в течение еще двух-трех дней после этой игры все еще «примерял» платочек Хрюше на нос и ходил с ним по квартире.

Следует отметить, что действия ребенка в этой ситуации всячески поддерживались взрослыми, — его хвалили за то, что он помогает Хрюше, заботится о нем, сам несет его на руках и т.д.

Использование игры с целью диагностики и психокоррекции при работе с травмой можно найти в работах М. Кляйн, Дж. Тафт, Ф. Аллена, Г. Лэндрета, Л.Е. Хоумаер, П. Вебб, Д.М. Леви, А.И. Захарова, И.В. Добрякова и др. Так, например, по словам Л.В. Миллера, «самым лучшим учителем в том, каким образом организовывать игру, является сам ребенок» [Миллер, 2011]. Психолог лишь создает безопасные условия для актуализации и отреагирования травматических переживаний в ходе игры.

Родители отметили, что эта игра явилась одним из центральных моментов в отыгрывании травматического опыта и была своего рода кульминацией, после которой интенсивность эмоциональных реакций ребенка значительно снизилась.

5. На этапе, когда стрессовая ситуация все еще оставалась для ребенка актуальной, использовались, в основном, методы арт-терапии, предложенные, кстати, самим ребенком. Ребенок в тот момент активно и с интересом рисовал, и он сам попросил нарисовать ему «дим». Эта промба была использована как возможность проработки «остаточных» переживаний. Известно, что рисование выступает как «способ постижения своих возможностей и окружающей действительности, как способ моделирования взаимоотношений и выражения различного рода эмоций, в том числе и отрицательных, негативных», поэтому рисование широко используют для снятия психического напряжения, стрессовых состояний, при коррекции страхов и неврозов [Миллер, 2011].

Следует отметить, что у ребенка было два рисунка, сделанных взрослыми, к которым он обращался практически ежедневно в первые три — четыре недели после пожара. Первый рисунок изображал «травмирующую ситуацию»: на нем было нарисовано, как мама держит ребенка одной рукой, второй удерживая у его носа платок, а вокруг — дым в виде каракулей. Ребенок иногда «присоединялся» к этому рисунку и сам дорисовывал «нужное количество» каракулей или просил взрослых сделать для него это. Потом на этом рисунке была пририсована еще и лестница, по

которой маме с малышом предстояло спуститься; затем там же был дорисован маленький рисунок, схематично изображающий соседей, стоящих на улице. На втором рисунке «главными действующими лицами», помимо прочих была пожарная машина и пожарный со шлангом.

Примечательно, что после создания этих двух рисунков ребенок не захотел, чтобы их перерисовывали или заменяли. Попытки изображать на этом же листе другие, «ресурсные» рисунки (например, песочницу, качели, животных и т.д.) ребенком, в принципе, не отвергались, но постоянного интереса не вызывали (в отличие от «травматических»). Каждый раз он обращался именно к этим двум листкам бумаги, так что у них появилось свое «дежурное» место на кухне. Эти рисунки позволяли ребенку «просматривать» свое воспоминание, обращаясь в разные моменты к разным аспектам ситуации (как к травматическим — например, нахождение в дыму, так и к фасилитирующим — например, работа пожарных, которые «прогоняли дым»), а родителям — снова и снова «озвучивать» произошедшее и объяснять его. Это позволило перейти от наглядно-действенного к наглядно-образному способу проработки стрессовой ситуации.

Недели через три ребенок на несколько дней как будто забыл об этих рисунках и не возвращался к ним, из чего его мать сделала вывод о завершении этого этапа, но ребенок по прошествии некоторого времени все-таки вспомнил о рисунках и заставил их снова достать. После этого он обращался к ним еще несколько раз, а затем, в какой-то момент рассматривая их, взял один рисунок и стал его мять до тех пор, пока не превратил в комок, после чего выбросил его на пол, встал из-за стола и ушел. Вот это было действительно завершение этапа!

После этого ребенок уже не обращался ни к своим рисункам (не искал их, не просил нарисовать «дым»), ни к теме пожара. В его поведении ничего не напоминало о пережитом стрессе. Однако мама сохранила рисунки, и, по прошествии некоторого времени, мальчик случайно нашел их. Он сразу их узнал и стал объяснять то, что на них изображено, особое внимание уделяя рисунку с изображением дыма. «Проговорив» (с помощью ключевых слов и жестикуляции) с мамой запомнившуюся ему ситуацию, он спокойно ушел заниматься своими делами.

Основная задача проективного рисунка состоит в выявлении и осознании трудновербализуемых проблем и переживаний. Как видно из динамики рисуночной терапии, на завершающем этапе в символической форме произошло «разрешение конфликтно-травмирующей ситуации» [Осипова, 2002].

6. Отдаленный этап переживания стрессовой ситуации не потребовал каких-то особых методов психологической помощи. На этом эта-

пе происходило скорее закрепление и расширение знаний и опыта, полученных ранее, а также «перевод» их из ситуации, связанной со стрессом, в обыденную жизненную ситуацию. Можно сказать, что в данный период расширялись представления о том, что такое дым и огонь, так как, уже познакомившись с ними, ребенок имел представление о предмете и сохранял к нему интерес. Но это происходило на примере обычных жизненных ситуаций (зажигание свечей на праздник, кипение чайника) и часто — в контексте объяснения других явлений (например, как мама варит суп). Так показывалось «мирное значение» этих явлений.

Результаты и эффективность психологической помощи

Судя по тому, с какой настойчивостью в первые дни и недели ребенок «прорабатывал» стрессовую для него ситуацию, можно утверждать, что благодаря поддержке родителей, обеспечивших все возможности для такой работы, он смог ее благополучно «прожить» и отработать. В его поведении на данный момент (по прошествии почти года с момента описанной ситуации) нет признаков, указывающих на сохранение травматического компонента, несмотря на сохранение воспоминаний о нем.

В то же время можно отметить, что у ребенка присутствует интерес к теме пожара. Так, например, в детской книге о профессиях он заметно чаще (по сравнению с другими профессиями) выбирает картинку о том, как пожарные тушат пожар; может подолгу ее разглядывать, указывая на различные детали картинки и атрибуты профессии (огнетушитель, каска и др.). Однако «застревания» на этой теме у него нет, и в другие моменты он с удовольствием рассматривает остальные картинки.

В завершении представляется целесообразным описать выделенные нами некоторые общие закономерности переживания стрессового состояния ребенком, а также принципы психологической помощи.

Общие закономерности переживания стрессового состояния ребенком

1. Элементы стрессовой ситуации можно представить в виде иерархии.

Иерархическое выстраивание стрессоров основано на субъективной оценке ребенком их значимости для личной безопасности и повседневной жизнедеятельности и осуществляется, предположительно, в терминах «близость-удаленность лично для меня».

Так, наблюдая за поведением ребенка и его способами переживания стресса, можно было увидеть, что стрессоры имели свою иерархию: наибольшее значение имело необычное действие, выполненное по отно-

шению к самому ребенку (удерживание влажного платка у носа); затем следовало новое качество знакомого пространства (лестничная площадка, заполненная дымом) и только потом — непривычный способ перемещения (спускание по лестнице, а не на лифте).

2. Проработка травмирующей ситуации у ребенка осуществляется по центрическому принципу.

Можно предположить, что проработка стресса осуществляется в соответствии с иерархией стрессоров: от самого значимого компонента стресса — к наименее значимому. Причем, эта проработка идет не последовательно, а как бы с «наложением» иерархических уровней стрессоров друг на друга. Соответственно, проработка наиболее значимого стрессора (самого «близкого») требует большего времени, но его отреагирование обуславливает снижение интенсивности переживаний, так как он является своеобразным узловым элементом в структуре переживаний.

3. Проработка стрессовой ситуации у ребенка осуществляется за счет многократного ее повторения.

Так, в поведении ребенка после стрессовой ситуации присутствовала ярко выраженная потребность вновь и вновь «проиграть» все значимые элементы произошедшего. Процесс десенсибилизации осуществлялся за счет моделирования ситуации и ее поведенческой реконструкции, отражения художественными средствами (рисования), разыгрывания с помощью игрушек, а также вербализации детских переживаний взрослыми.

Принципы психологической помощи. В соответствии с выделенными закономерностями переживания стрессового состояния ребенком можно выделить наиболее значимые принципы психологической помощи:

1. Обучение родителей и терапия в естественных условиях.

Можно отметить, что эти принципы стали важным аспектом психологической помощи в данной ситуации, — ребенок имел возможность в безопасных, поддерживающих и созвучных ритму его переживаний условиях прожить тот опыт, который он не успел осмыслить в момент стрессовой ситуации.

Проведение терапии в естественных условиях (в данном случае — в родительском доме) так же, как и вовлечение в психологическое сопровождение ребенка значимых лиц (родителей), являются важными принципами поведенческой терапии детей и подростков [Лаут, Брак, Линдеркамп, 2005], так как «терапевтические мероприятия достигают своей цели тогда, когда удастся непосредственно и по возможности направленно воздействовать на изменение условий повседневной окружающей среды ребенка, которые вызывают и под-

держивают проблемное поведение ребенка» [Лаут, Брак, Линдеркамп, 2005, с. 17].

2. Следование за ребенком.

Как видно из описания случая, внимание к потребностям и играм ребенка способно задать направление и даже определить технологии психологической помощи. Этот принцип реализуется также и в аспекте предоставления ребенку необходимого пространства, времени и интенсивности психологического воздействия.

3. Терпение и повторение.

Так как проработка стрессовых переживаний осуществляется за счет многократного их проигрывания ребенком, то взрослым требуется достаточно терпения, чтобы снова и снова озвучивать, демонстрировать или рассказывать «одно и то же».

4. Сочетание вербальных и невербальных техник.

Анализ используемых технологий психологической помощи ребенку показал, что, в целом, эффективным, на наш взгляд, оказалось сочетание вербальных и невербальных методов. Важным элементом проработки стресса у ребенка оказалось многократное «озвучивание» стрессовой ситуации, а также последовательное проговаривание и объяснение всех элементов стрессовой ситуации.

Таким образом, приведенный случай показал, что нижняя возрастная граница эффективной проработки стрессовых переживаний может находиться в раннем детстве (1,5 года), хотя и зависит от психологических особенностей ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

- Васягина Н.Н.* Обучение как форма психолого-педагогического сопровождения родителей // Педагогическое образование в России, 2011. № 3. С. 126—132.
- Лаут Г.В., Брак У.Б., Линдеркамп Ф.* Коррекция поведения детей и подростков: Практическое руководство. I. Стратегия и методы / Пер. с нем. В.Т. Алтухова; науч. ред. рус. текста А.Б.Холмогорова. М.: Академия, 2005. 349 с.
- Миллер Л.В.* Модель экстренной психологической помощи [Электронный ресурс] // Теоретические и прикладные аспекты деятельности Центра экстренной психологической помощи МГППУ, 2011. URL: http://psyjournals.ru/serp/issue/45300_full.shtml (дата обращения: 24.08.2014).
- Осипова А.А.* Общая психокоррекция. Учебное пособие. М.: Сфера, 2002. 510 с.
- Ромек В.Г.* Поведенческая терапия страхов [Электронный ресурс] // Журнал практической психологии и психоанализа, 2002. № 1. URL: <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2096> (дата обращения: 15.07.2014).
- Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г.* Когнитивно-бихевиоральная психотерапия // Основные направления современной психотерапии. Москва: Когито-Центр, 2000. С. 224—268.

THE EXPERIENCE OF PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO THE CHILD 1.5 YEARS IN SITUATION OF FIRE

A.A. BAKANOVA

In this article we analyze experience of psychological help to the child (his age is 1 year and 6 month) stressed during fire. The author describes situation that was stressful for a child, then briefly review his behavior and emotional reactions and psychological help at different stage of stress consequences experience (during 4 month after the fire).

At the end of article author describes general regularities of stress experience for children and principle of psychological help that was discover through observation and analyzation this particularly situation. Specifically author write that stressors have hierarchical structure and working through the traumatizing situation has concentric circle and has many repetitions. It condition this principle of psychological help — following to the child, patience and repetition, combination verbal and non-verbal technics.

Analyses this case shows us that we can work through stress experience with really small children but it depended from psychological characteristics of child.

Keywords: stress, stress consequences experience of children of yearly ages, psychological help for children, desensebilization.

Vasyagina N.N. Obuchenie kak forma psikhologo-pedagogicheskogo soprovozhdeniya roditel'ej // Pedagogicheskoe obrazovanie v Rossii, 2011. № 3. S. 126—132.

Laut G.V., Brak U.B., Linderkamp F. Korrektsiya povedeniya detej i podrostkov: Prakticheskoe rukovodstvo. I. Strategiya i metody / Per. s nem. V.T. Altukhova; nauch. red. rus. teksta A.B.Kholmogorova. M.: Akademiya, 2005. 349 c.

Miller L.V. Model' ehkstretnoj psikhologicheskoy pomoshhi [Ehlektronnyj resursa] // Teoreticheskie i prikladnye aspekty deyatelnosti Tsentra ehkstretnoj psikhologicheskoy pomoshhi MGPPU, 2011. URL: http://psyjournals.ru/cepp/issue/45300_full.shtml (data obrashheniya: 24.08.2014).

Osipova A.A. Obshhaya psikhokorrektsiya. Uchebnoe posobie. M.: Sfera, 2002. 510 s.

Romek V.G. Povedencheskaya terapiya strakhov [Ehlektronnyj resurs] // Zhurnal prakticheskoy psikhologii i psikhoanaliza, 2002. № 1. URL: <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2096> (data obrashheniya: 15.07.2014).

Kholmogorova A.B., Garanyan N.G. Kognitivno-bikhevioralnaya psikhoterapiya // Osnovnye napravleniya sovremennoj psikhoterapii. Moskva: Kogito-Tsentr, 2000. S. 224—268.

НАШИ АВТОРЫ

Баканова Анастасия Александровна — кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии и психологической помощи психолого-педагогического факультета ФГБОУ ВПО «Российский государственный университет им. А.И. Герцена», Санкт-Петербург, Россия.
ba2006@mail.ru

Бельков Сергей Николаевич — руководитель отдела по противодействию наркомании и алкоголизму Московского Патриархата Санкт-Петербургской Епархии, Санкт-Петербург, Россия.
spb.pna@mail.ru

Бойко Ольга Михайловна — научный сотрудник отдела медицинской психологии, медицинский психолог 4 клинического отделения Федерального Государственного Бюджетного Учреждения «Научный центр психического здоровья» Российской Академии Медицинских Наук, Москва, Россия.
olga.m.boyko@gmail.com

Буякас Татьяна Марковна — кандидат психологических наук, старший научный сотрудник факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова, экзистенциально-инициальный психотерапевт, Москва, Россия.
delone2012@yandex.ru

Воликова Светлана Васильевна — кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии Минздрава России, доцент кафедры клинической психологии и психотерапии факультета консультативной и клинической психологии Московского городского психолого-педагогического университета, Москва, Россия.
svetlanavv2006@yandex.ru

Гордеева Тамара Олеговна — кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии образования, факультет психологии Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия.
tamgordeeva@gmail.com

Колпачников Вениамин Валентинович — кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии личности, соруководитель магистерской программы «Консультативная психология. Персонология» де-

партамента психологии НИУ «Высшая школа экономики», Москва, Россия.
venyak@gmail.com

Конина Муза Александровна — выпускница факультета журналистики Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова (2003), студентка факультета консультативной и клинической психологии кафедры клинической психологии и психотерапии Московского городского психолого-педагогического университета, редактор журнала «Консультативная психология и психотерапия», Москва, Россия.
muza-@list.ru

Кошелева Наталья Валерьевна — соискатель кафедры общей и экспериментальной психологии департамента психологии НИУ «Высшая школа экономики», младший научный сотрудник лаборатории позитивной психологии и качества жизни НИУ ВШЭ, Москва, Россия.
nathalie.74@mail.ru

Погодин Игорь Александрович — кандидат психологических наук, доцент, директор Института Гештальта, ведущий тренер и член Профессионального Совета Московского Гештальт Института, действительный член Европейской Ассоциации Гештальт-терапии (EAGT), Международной Федерации организаций, преподающих Гештальт (FORGE), Белорусской ассоциации психотерапевтов, Всероссийской Профессиональной Психотерапевтической Лиги, Москва, Россия.
rogodpsy@rambler.ru

Рассказова Елена Игоревна — кандидат психологических наук, доцент факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, старший научный сотрудник лаборатории позитивной психологии и качества жизни НИУ «Высшая школа экономики», Москва, Россия.
e.i.rasskazova@gmail.com

Расторгуева Елена Николаевна — кандидат психологических наук, доцент кафедры социологии и политологии Пермского научно-исследовательского политехнического университета, Пермь, Россия.
elnigor@mail.ru

Строкова Светлана Сергеевна — педагог-психолог Муниципального образовательного учреждения Дергаевской средней общеобразовательной школы № 23, аспирантка факультета клинической и специальной

психологии кафедры дифференциальной психологии Московского Городского Психолого-Педагогического Университета, Москва, Россия.
strokovass@gmail.com

Суроегина Анастасия Юрьевна — клинический психолог Реабилитационного центра для инвалидов «Преодоление», аспирантка факультета консультативной и клинической психологии Московского городского психолого-педагогического университета, Москва, Россия.
suroegina@gmail.com

Сычев Олег Анатольевич — кандидат психологических наук, доцент кафедры практической и коррекционной психологии факультета психологии Алтайской государственной академии образования им. В.М. Шукшина, Бийск, Россия.
osn1@mail.ru

Танькова Ольга Алексеевна — выпускница факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова (2014), Москва, Россия.
olgatankova@mail.ru

Холмогорова Алла Борисовна — доктор психологических наук, профессор, заведующая лабораторией клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии Минздрава России, и.о. декана факультета консультативной и клинической психологии Московского городского психолого-педагогического университета, Москва, Россия.
kholmogorova@yandex.ru

Юдеева Татьяна Юрьевна — кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии Минздрава России, доцент кафедры клинической психологии и психотерапии факультета консультативной и клинической психологии Московского городского психолого-педагогического университета, Москва, Россия
tatiana.yudeeva@yandex.ru

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

- Василюк Федор Ефимович* — доктор психологических наук, профессор
Гаранян Наталья Георгиевна — зам. главного редактора, доктор психологических наук, профессор
Филиппова Елена Валентиновна — кандидат психологических наук, доцент
Майденберг Эмануэль (США) — PhD, Clinical Professor of Psychiatry
Шайб Питер (Германия) — PhD
Зарецкий Виктор Кириллович — кандидат психологических наук

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

- Джудит Бек (США)* — PhD
Бондаренко Александр Федорович (Украина) — доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент национальной АПН Украины
Гиппенрейтер Юлия Борисовна — профессор кафедры общей психологии факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова
Грининг Томас (США) — PhD
Гулина Марина Анатольевна (Великобритания) — доктор психологических наук, профессор психологии
Тагэ Сэфик (Германия) — MD
Кадыров Игорь Максумович — кандидат психологических наук, доцент МГУ им. М.В. Ломоносова
Кэхеле Хорст (Германия) — доктор медицины, профессор
Копьев Андрей Феликсович — кандидат психологических наук, профессор
Кочюнас Римантас (Литва) — доктор психологии, профессор
Кроль Леонид Маркович — кандидат медицинских наук, профессор
Лэнгле Альфريد (Австрия) — PhD, MD
Михайлова Екатерина Львовна — кандидат психологических наук
Осорина Мария Владимировна — кандидат психологических наук, доцент
Орлов Александр Борисович — доктор психологических наук
Петренко Виктор Федорович — доктор психологических наук, проф., член корреспондент РАН
Петровский Вадим Артурович — доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАО
Перре Майнрад (Швейцария) — PhD, professor
Роджерс Натали (США) — PhD
Сарджвеладзе Нодар Ильич (Грузия) — доктор психологических наук
Соколова Елена Теодоровна — доктор психологических наук, профессор
Сосланд Александр Иосифович — кандидат психологических наук, доцент
Тарабрина Надежда Владимировна — доктор психологических наук, профессор
Цапкин Вячеслав Николаевич — кандидат психологических наук
Эйдемиллер Эдмонд Георгиевич — доктор медицинских наук, профессор

ТРЕБОВАНИЯ К ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ МАТЕРИАЛА В ЖУРНАЛ «КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ»

Журнал «Консультативная психология и психотерапия» является научно-аналитическим изданием, освещающим проблемы теории, методологии и практики психотерапии, психологического консультирования и смежных дисциплин.

Основные рубрики журнала

1. Антропология, феноменология, культура. Рубрика посвящена рассмотрению актуальных вопросов философии консультативной и психотерапевтической практики, антропологии и этики психотерапии и консультирования, широкому спектру проблем соотношения психологического консультирования и психотерапии с различными аспектами культуры.

2. Теория и методология. Рубрика посвящена актуальным вопросам и исследованиям в области теории и методологии консультативной психологии и психотерапии.

3. Исследования. Эта рубрика представляет как классические экспериментальные исследования по тематике журнала, так и работы, выполненные в рамках неклассической методологии (феноменологии, герменевтики, дискурс-анализа и др.).

4. Мастерская. Данная рубрика посвящена презентациям и подробному рассмотрению новых методов работы в психотерапии и консультировании.

5. Психотерапевтический цех. Рубрика посвящена рассмотрению различных актуальных вопросов, связанных с функционированием профессионального сообщества консультантов и психотерапевтов (законодательство, сертификация, супервизия, отчеты о конференциях и докладах, презентация консультативных и психотерапевтических центров и т. д.).

6. Специальная психотерапия. Данная рубрика посвящена рассмотрению особенностей психотерапевтической и консультативной работы с клиентами с различной спецификой проблем (суицид, соматические и психосоматические заболевания и т. д.).

7. Случай из практики. Рубрика представляет работы, выполненные в особом жанре анализа единичного случая психотерапевтической и консультативной работы.

8. Эссе. Рубрика представляет материалы, в которых изложен авторский взгляд на ту или иную проблему, связанную с тематикой журнала и оформленную в жанре эссе.

9. Дебют. В этой рубрике журнал публикует лучшие работы начинающих специалистов.

Журнал публикует оригинальные и законченные работы.

В журнале также публикуются обзоры отечественной и иностранной литературы, посвященной различным проблемам консультативной психологии и психотерапии, оригинальные переводы по тематике журнала, интервью, рецензии на книги и статьи.

Требования к материалам, предоставляемым в редакцию

1. Материалы предоставляются в редакцию в электронном виде (по электронной почте или на электронных носителях). Адрес электронной почты журнала: moscowjournal.cpt@gmail.com

2. Объем материала не должен превышать 50 тыс. знаков.

3. Оформление материала: шрифт Times New Roman, 14, интервал 1,5. Ссылки на литературные источники внутри текста оформляются в **КВАДРАТНЫХ СКОБКАХ**. Отсылка на источник представляет собой номер источника из списка литературы, например [5; 15].

4. Кроме текста статьи должна быть представлена также следующая информация:

Аннотация статьи (не более 1000 знаков) на русском и английском языках.

Ключевые слова на русском и английском языках.

Пристатейные библиографические списки, оформленные в соответствии с ГОСТ на русском языке и The Chicago Manual of Style на английском языке (примеры оформления на сайте www.pk.mgppu.ru).

5. Информация об авторах:

ФИО, страна, город, ученое звание, ученая степень, место работы, должность, членство в профессиональных сообществах и ассоциациях, научные интересы, дата рождения, контактная информация (тел., факс, e-mail, сайт), фото в электронном виде (100 × 100, 300 dpi).

В случае, если материал предоставляется несколькими авторами, необходимо предоставить информацию обо всех авторах.

6. Рисунки, таблицы и графики необходимо дополнительно предоставлять в отдельных файлах. Рисунки и графики должны быть в формате *.eps или *.tiff (с разрешением не менее 300 dpi на дюйм). Таблицы сделаны в WORD или EXCEL.

Редакционные правила работы с материалами

1. Публикация в журнале является бесплатной.

2. Материалы, поступившие в редакцию, проходят обязательное рецензирование.

3. Решение о публикации принимается редколлегией на основании отзывов рецензентов.

4. Рецензентов назначает редколлегия журнала.

5. В случае отрицательных отзывов рецензентов автору направляется письменный обоснованный отказ.

6. Несоответствие материалов формальным требованиям является основанием для отправки материала на доработку автору.

**Бланк подписки на журнал
«Консультативная психология и психотерапия»
на 2014 год**

Индексы подписки (Агентство «Роспечать»)

- Индекс (полугодовой): 32344 (для физ.лиц)
- Индекс (полугодовой): 32347 (для организаций)

Периодичность выхода: 4 номера в год (ежеквартально)

Стоимость номера:

индивидуальная подписка: 300 руб.
подписка для организаций: 600 руб.

Ф. СП-1	АБОНЕМЕНТ на журнал																										
	Консультативная психология и психотерапия		(индекс издания)																								
	(наименование издания)		Количество комплектов																								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																
Куда		(почтовый индекс) (адрес)																									
Кому		(фамилия, инициалы)																									
		ДОСТАВочНАЯ КАРТОЧКА																									
ПВ	место	ли-тер	на журнал																								
		Консультативная психология и психотерапия																									
		(наименование издания)																									
Стоимость	подписки перес-адресовки		Количество комплектов																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12													
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																
Куда		(почтовый индекс) (адрес)																									
Кому		(фамилия, инициалы)																									