

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

MOSCOW STATE UNIVERSITY OF PSYCHOLOGY AND EDUCATION
THE FACULTY OF COUNSELING AND CLINICAL PSYCHOLOGY
THE L.G. SHCHUKINA PSYCHOLOGICAL INSTITUTE

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Counseling Psychology and Psychotherapy

№ 3 (87) 2015 июль-сентябрь

1992—2009

МОСКОВСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

**Москва
Moscow**

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. Москачева

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 использован фрагмент картины Е.Е. Волкова «Октябрь»

© МГППУ. Факультет консультативной и клинической психологии, 2015

Формат 60×84/16. Гарнитура Newton C. Усл. печ. л. 10,9. Тираж 1000 экз.

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

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 9 *Быкова В.И., Лукьянов В.И, Фуфаева Е.В.*
Диалог с пациентом при угнетении сознания после глубоких повреждений головного мозга
- 32 *Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А.*
Уровень посттравматического стресса и психопатологическая симптоматика у пациентов, оперированных по поводу менингиомы
- 50 *Солдатова Г.У., Шляпников В.Н., Журина М.А.*
Эволюция онлайн-рисков: итоги пятилетней работы линии помощи «ДЕТИ ОНЛАЙН»
- 67 *Баулина М.Е.*
Сравнительный анализ очного и заочного интернет-консультирования родителей детей с ограниченными возможностями здоровья

МАСТЕРСКАЯ И МЕТОДЫ

- 79 *Чистяков М.С.*
Функция сновидений и функции внесения сновидений в группу в контексте групповой динамики
- 93 *Гребенюк Е.Г.*
Свидетельствование в психотерапии
- 105 *Ермолаева М.В., Лубовский Д.В.*
Понятие встречи в психотерапии и психологии развития
- 117 *Кевац М.А.*
Фототерапия как инструментарий психотерапии

АНАЛИЗ СЛУЧАЯ

- 127 *Буслаева А.С.*
Психологическое сопровождение при психогенной полидипсии
- 138 *Шумская Н.А.*
Рисование по образцу и речевой инструкции как один из методов развития пространственного восприятия для детей с расстройствами аутистического спектра

ЭССЕ

- 153 *Николаевская И.А.*
Прямое включение из кабинета школьного психолога
- 158 *Залеская А.М.*
Рефлексивно-деятельностный подход в Нижнем Новгороде.
Начинаем сотрудничать

ЛЕКТОРИЙ

- 161 *Гриншпун И.Б.*
История психотерапии. Лекция 2.
Предыстория психотерапии (часть I)
- 183 Наши авторы

- 7 *Kholmogorova A.B.*
From the Editor

EMPIRICAL STUDIES

- 9 *Bykova V.I., Lukyanov V.I., Fufaeva E.V.*
Dialogue with the patient in low consciousness state after severe brain damages
- 32 *Tarabrina N.V., Kharlamenkova N.E., Nikitina D.A.*
The level of post-traumatic stress and psychopathological symptoms in patients with meningioma after surgical treatment
- 50 *Soldatova G.U., Shliapnikov V.N., Zhurina M.A.*
The evolution of online-risks: the results of helpline "KIDS ONLINE" five years work
- 67 *Baulina M.E.*
Comparative analysis of internal consultations and internet counseling parents of children with disabilities

WORKSHOP AND METHODS

- 79 *Chistiakov M.S.*
On functions of dreams and dream-telling in the context of group dynamics
- 93 *Grebenyuk E.G.*
Witnessing in psychotherapy
- 105 *Ermolaeva M.V., Lubovsky D.V.*
The concept of encounter in psychotherapy and developmental psychology
- 117 *Kevats M.A.*
Phototherapy as a psychotherapeutic tool

CASE STUDY

- 127 *Buslaeva A.S.*
Psychological support in psychogenic polydipsia
- 138 *Shumskaia N.A.*
Drawing after model and voice instructions as a method of developing spatial perception for children with autism spectrum disorders

ESSAY

- 153 *Nikolaevskaia I.A.*
Live broadcast from school psychologist's cabinet

158 *Zalesskaya A.M.*
Reflective-activity-approach in Nizhniy Novgorod: we start
to cooperate

LECTURE HALL

161 *Grinshpun I.B.*
The history of psychotherapy. Lecture 2.
Historical background of psychotherapy (part I)

183 Our authors

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Третий выпуск нашего журнала в текущем году открывает рубрика «Эмпирические исследования», в которой представлены четыре исследования, отличающиеся большой новизной и выполненные в соответствии с современными стандартами анализа и обработки эмпирических данных. Два первых исследования посвящены вопросам клинической психологии, которая проникает во все более сложные области медицины и обосновывает крайнюю необходимость учета психологических аспектов соматических заболеваний. В статье В.И. Быковой с соавторами описано уникальное исследование, направленное на выявление возможностей установления контакта с детьми, длительное время находящимися в состоянии комы после перенесенной черепно-мозговой травмы. Авторы разработали метод, который позволяет специалистам оценивать коммуникативную активность таких пациентов и ее динамику. Учитывая постоянный рост такого рода травматизации, а также очень небольшое количество работ, посвященных психологическому анализу таких состояний, данное исследование обладает большой значимостью. Вторая статья Н.В. Тарабриной с соавторами представляет данные, являющиеся продолжением серии исследований сотрудников лаборатории посттравматического стресса Института психологии РАН, направленных на выявление симптомов посттравматического стресса при тяжелых соматических заболеваниях. Исследование демонстрирует выраженность этих симптомов и необходимость психологической реабилитации пациентов, перенесших операцию на головном мозге. Два других эмпирических исследования посвящены вопросам психологии развития в контексте современных реалий нашей жизни, когда, с одной стороны, интернет превращается в зону особого риска для современного ребенка, а с другой — консультирование в интернете становится все более распространенным методом оказания психологической помощи различным группам детей и их родителей. Обе статьи позволяют познакомиться с конкретными цифрами и данными, демонстрирующими масштаб как деструктивных влияний, так и позитивных возможностей интернета для современного детства. Учитывая, что последний, четвертый выпуск нашего журнала в этом году мы планируем посвятить именно проблемам современного детства, эти статьи можно считать своеобразным «разогревом» для наших читателей в преддверии выхода спецвыпуска на данную тему.

В рубрике «Мастерская и метод», как обычно, собраны материалы, написанные в более вольном ключе. Статьи этой рубрики знакомят нас с

опытом их авторов в разных областях консультирования и терапии, а также освещают ряд понятий и методов — свидетельствование в психотерапии, понятие встречи, фототерапия, сновидения в групповой терапии.

Мы, как всегда, приветствуем и охотно печатаем статьи, которые соответствуют рубрике журнала «Анализ случая», так как феноменология индивидуального страдания и конкретная ткань работы психотерапевта не могут быть заменены никакими обобщенными описаниями и точными цифрами. На этот раз мы печатаем работу А.С. Буслаевой, посвященной случаю полидипсии у девочки — патологически усиленной жажды, удовлетворяемой приемом воды в чрезмерно больших количествах. Автор приводит анализ сепарационных переживаний ребенка, как причин возникшего невроза, а также профессиональные рекомендации, данные ребенку и родителям и позволившие в значительной степени справиться с проблемой полидипсии. Вторую статью, посвященную приемам развития пространственной ориентации у детей с синдромом аутизма, можно было бы отнести и в рубрику «Методы», так подробно в ней описываются все шаги работы терапевта с ребенком, но поскольку все эти шаги представлены на основе трех конкретных случаев детского аутизма, мы поместили ее в соответствующий раздел номера.

В этом номере мы публикуем два эссе, написанные совсем в свободном, соответствующим этому жанру стиле, и представляющие собой рефлексию опыта применения в школе уже хорошо знакомого читателям нашего журнала рефлексивно-деятельностного подхода — РДП. Подход развивается В.К. Зарецким совместно с другими энтузиастами этого интересного и эффективного метода, позволяющего превратить учебную деятельность в увлекательный для учеников и учителя процесс. Ареал его применения неуклонно расширяется — выпускники факультета консультативной и клинической психологии И.А. Николаевская и А.М. Залесская поделились с нами своим опытом работы на его основе в школах Москвы и Нижнего Новгорода.

Наконец, завершается содержание номера обещанным читателям продолжением публикаций лекционного курса по истории психотерапии, который был прочитан на факультете консультативной и клинической психологии МГППУ безвременно ушедшим от нас Игорем Борисовичем Гриншпуном. Мы еще раз благодарим друзей Игоря Борисовича — В.К. Зарецкого и В.В. Семенова за инициативу по изданию этих лекций, его родных — за разрешение печатать эти материалы, а его коллег и учеников — Екатерину Мазаеву, Яну Бовбас и Марию Марченкову — за большой труд по переводу материалов аудиозаписи в письменный текст.

А.Б. Холмогорова

ДИАЛОГ С ПАЦИЕНТОМ ПРИ УГНЕТЕНИИ СОЗНАНИЯ ПОСЛЕ ГЛУБОКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

В.И. БЫКОВА, В.И. ЛУКЬЯНОВ, Е.В. ФУФАЕВА

Статья посвящена исследованию возможностей общения и коммуникации детей, длительно находящихся в глубоких измененных состояниях сознания (ИСС) после тяжелых повреждений головного мозга. Авторами разработана шкала, которая может применяться медицинскими психологами для оценки сигнальных возможностей пациентов в вегетативном состоянии, минимальном сознании и других глубоких ИСС. Шкала коммуникативной активности Быковой, Лукьянова (Scale Communication Activity, Вукова, Lukianov (SCABL)) имеет значимую корреляцию со шкалой Уровни когнитивных функций, медицинский центр Ранхо Лос Амогос (RLAS-LCF-R) и со шкалой восстановления сознания Доброхотовой-Зайцева. Шкала фиксирует значимое количество коммуникативных сигналов (104 сигнала), меру их проявленности, являясь чувствительным инструментом для объективизации восстановления сознания у детей как с вербальной коммуникацией, так и без нее. Всего в исследовании участвовало 28 детей от 3 до 16 лет, перенесших тяжелую черепно-мозговую травму, гипоксическое поражение головного мозга и разрыв артериовенозной мальформации. С каждым ребенком, начиная с этапа стабилизации его витальных функций в остром периоде восстановления и без медикаментозной седации, было проведено 3—5 тестирований. Данное исследование позволяет увидеть не только картину восстановления различных сигналов коммуникации (телесных, вегетативных, мимических, жестовых, вербальных) после церебральных травм, но и изменение самих возможностей контакта детей с окружающим их миром. Исследование выявляет разницу в восстановлении коммуникации у двух групп детей, восстановившихся до ясного сознания и оставшихся глубокими инвалидами.

Ключевые слова: дети, тяжелые повреждения головного мозга, длительное нарушение сознания, коммуникативные возможности, шкала коммуникативной активности Быковой, Лукьянова (Scale Communication Activity, Вукова, Lukianov (SCABL)).

Без многого может обходиться человек,
но только не без человека
Людвиг Берне

Введение

В разных психологических школах на протяжении всей истории развития психологии понятие личности рассматривалось по-разному.

В конце XIX века Зигмунд Фрейд говорил о личности как о совокупности сознания (Супер-ЭГО) и личностного бессознательного, в котором либидо и агрессия были Китами или узловыми точками, на которых выстраивается здание бессознательного [Фрейд, 1991].

Г. Лейбниц определил «бессознательное» как совокупность психических процессов, в отношении которых отсутствует контроль сознания [Лейбниц, 1982]. К бессознательному в этом контексте относят:

1. неосознаваемые мотивы;
2. поведенческие автоматизмы, стереотипы;
3. надсознательные процессы (интуиция, вдохновение, сны, инсайты);
4. подпороговое восприятие при большом объёме информации;
5. предсознание — мысли и воспоминания, находящиеся не в фокусе внимания на данный момент, но при желании возможные для осознанного восприятия.

В дальнейшем ученик Фрейда Карл Густав Юнг предположил, что структуру личности («Самости» — в рамках аналитической психологии) определяют не только сознание и личное бессознательное, но и коллективное бессознательное, располагающееся в более глубоких пластах Самости [Юнг, 2010]. Юнг считал, что коллективное бессознательное проявляется в виде архетипических содержаний и имплицитных смыслов. Заслуга Юнга именно в том, что он подчеркнул глубину, сложность и красоту внутреннего мира личности (Самости), выведя ее из ограниченного круга рефлексологии, инстинктуализма и рационализма.

Учения о бессознательном Фрейда и Юнга строились на наблюдениях за людьми с относительно сохранными коммуникационными возможностями. Пациенты психоаналитиков являлись «носителями» психических свидетельств и отклонений, демонстрирующих реальность и непосредственность проявления бессознательных процессов (личностных или коллективных), и манифестировали это словесно (вербально). В данном контексте феномен бессознательного предстает в виде сложно организованной структуры при реальных возможностях экспрессии и демонстрации эмоциональных реакций. Бессознательные содержания имеют определенный психологический скрытый смысл, они кор-

ректируются, «фильтруются», отражаются и транслируются в языке сознанием.

После тяжелых повреждений головного мозга при угнетении сознания у пациентов могут отсутствовать возможности словесного самовыражения, нет контроля над своими действиями, отсутствует произвольность, возникают значительные (а иногда и тотальные) проблемы установления контакта с окружающим их миром.

Перед психологами, работающими с такими тяжелыми пациентами, встает вопрос: с чем (или с кем) после повреждений головного мозга можно «говорить», с кем происходит встреча, установление контакта — если это не сознание, то с каким бессознательным (личным или коллективным, или каким-либо еще) [Братусь, 1993]? Появляется ли на сцене театра общения сама Личность, или мы видим только ее предтечу?

Нарушение человеческой целостности после тяжелой травмы головного мозга проявляется не только деформацией тела (нарушение схемы тела, парезы и др.) [Коновалов, Лихтерман, Потапов, 1998], но и регрессом личностной структуры до уровня индивида; личность (и тем более индивидуальность) исчезают из поля диалога с другим [Пахальская, 2012].

В ситуации глубоких повреждений головного мозга наблюдаемые поведенческие, эмоциональные и коммуникативные возможности пациентов есть не что иное, как погружение их человеческого существования в архаические досознательные глубинные и фундаментальные пласты. Здесь отсутствуют собственно сами бессознательные содержания или смыслы, но имеют место пока лишь их части, элементарные частицы, кирпичики, из которых впоследствии и будут формироваться сами содержания [Быкова, Семенова, Фуфаева, Львова, 2012; Вукова V.I, Fufaeva E.V., Lvova E.A., 2013].

Термин «досознательное» был предложен К. Юнгом: «Первобытные представления побуждают к проведению различия по отношению к бессознательному материалу, существенного различия между «досознательным» и «бессознательным» или «подсознательным» и «бессознательным» [Юнг, 2010, с. 157].

Для понимания и дифференциации досознательных проявлений после повреждений головного мозга необходимо рассмотреть особо такую психологическую категорию как «общение» или «коммуникация», т.к. взаимодействие человека с окружающим миром происходит в большей степени благодаря его способности к коммуникации.

Формирование личности ребенка из индивида происходит под воздействием внешней активной среды, социального взаимодействия с мамой и другими людьми [Горянина, 2002; Рубинштейн, 2002]. Внешняя среда в данном контексте является структурным элементом личности.

Многочисленные исследования показали, что накопление индивидуального опыта через общение приводит к значительным изменениям даже в химической структуре головного мозга [Дельгадо, 1971]. Данные факты позволяют рассматривать человеческую коммуникацию с окружающим миром как некий феномен, в котором общение — это не только способность, повышающая возможность адаптации к условиям среды [Томаселло, 2011], но и неременное условие развития личности.

Коммуникация — это обмен информацией [Горянина, 2002]. В процессе своей жизни человек приобретает, осваивает, развивает различные психические механизмы и функции, строя тем самым свою индивидуальную структуру личности.

В ситуации тяжелых повреждений головного мозга (тяжелая черепно-мозговая травма, гипоксия, разрывы артерио-венозных мальформаций и пр.) происходит существенный, значительный регресс всей психологической структуры, деформация личности, депривация способности к общению, к коммуникации с другими и окружающим миром. Собственно восстановление и реабилитация таких пациентов должны быть направлены на «воспоминание» прежнего накопленного опыта через возвращение психической, личностной и телесной целостности.

Опыт клинической психологической работы с детьми, находящимися в глубоких измененных состояниях сознания после тяжелых повреждений головного мозга, показывает, что, несмотря на отсутствие вербального контакта и грубейшие двигательные нарушения, диалог с маленькими пациентами тем не менее продолжается. Однако этот диалог имеет качественно другие характеристики — прерывистость (неустойчивость), непостоянство, искаженность (трансформированность), в нем теряется трансцендентность и глубинные смыслы.

Для более подробного и детального понимания всего вышесказанного рассмотрим собственно характеристики коммуникации. Рассуждая о коммуникациях, мы не рассматриваем отдельно фактор произвольности как феномен и не учитываем его в данном исследовании.

Выделяют вербальную коммуникацию и невербальную [Большой энциклопедический словарь, 2002; Горянина, 2002]. К вербальной коммуникации относятся речевые ответы и возможности интонирования речи. Невербальная коммуникация — это процесс обмена информацией без помощи речевых и языковых средств, которые выполняют функции дополнения или замещения речи [Быкова, Семенова, Фуфаева, Львова, 2012].

А. Минделл считает, что одновременно при акте коммуникации каждый человек «производит» до 300 сигналов [Минделл, 2005]. После тяжелых повреждений головного мозга общение в ракурсе обмена действиями и социальной перцепции прекращается, количество сигналов

коммуникации резко падает и не только за счет отсутствия речи, но и из-за сокращения количества и интенсивности невербальных сигналов. Тем не менее, диалог болеющего человека с внешним миром продолжается [Быкова, Семенова, Фуфаева, Львова, 2012; Brown, et al, 2013].

В мировой практике для оценки когнитивных возможностей у пациентов после повреждений головного мозга стала использоваться шкала Уровни когнитивных функций, медицинский центр Ранхо Лос Амогос (Rancho Los Amigos Medical Center Level of Cognitive Functioning (RLAS-LCF-R)) [Tate, 2010]. Одновременно с ней в России Т.А. Доброхотовой была предложена классификация синдромальных уровней угнетения сознания, приведенных в соответствии с оценками по ШКГ (Шкала комы Глазго) [Белова, 2002].

Несмотря на то, что данные шкалы широко применяются врачами в клинической работе, возникла острая необходимость в создании специализированной «психологической» шкалы, которая позволяла бы более тонко и детализировано фиксировать возможности коммуникативной активности пациентов, находящихся в глубоких измененных состояниях сознания (ИСС). Такая шкала не должна противоречить медицинским шкалам оценки угнетения и восстановления сознания.

Авторы данной статьи предлагают психологическую шкалу для оценки коммуникативных возможностей у детей, переживших тяжелое поражение головного мозга. Шкала коммуникативной активности Быковой, Лукьянова (ШКАБЛ)/Scale Communication Activity, — Bykova, Lukjanov (SCABL) может фиксировать как вербальные проявления коммуникации, так и невербальные сигналы. Она является чувствительным инструментом оценки сигнальных возможностей больных в ситуации глубоких ИИС (вегетативное состояние, минимальное сознание и др.).

Шкала содержит 104 утверждения. Данное число в значительной степени обусловлено депривацией сигнальных возможностей у пациентов, находящихся в глубоких измененных состояниях сознания, и снижением интенсивности их коммуникативной активности.

Шкала учитывает вербальные и невербальные сигналы коммуникации, к которым относятся:

1. Телесные сигналы — знаковые элементы движений различных частей тела.

2. Вегетативные реакции — не контролируемые и произвольные реакции тела в ответ на стимулы из окружающей среды, которые являются составной частью эмоций.

3. Мимика — выразительные движения мышц лица, являющиеся одной из форм проявления тех или иных чувств человека [Большая советская энциклопедия, 1974].

4. Жесты (от лат. *gestus* — движение тела), поза — некоторое действие или движение человеческого тела или его части, имеющее определённое значение или смысл [Большой энциклопедический словарь, 2002].

Отдельно учитываются общие реакции детей на взаимодействие с окружающими их людьми (близкими, грудными детьми, тяжело инвалидизированными детьми и др.) [Быкова, Семенова, Фуфаева, Львова, ; Bykova, Fufaeva, and Lvova, 2013].

Каждый сигнал оценивается по 3-х балльной оценке, в зависимости от его наличия, регулярности и интенсивности: «0» — полное отсутствие сигнала коммуникации, «1» — нерегулярный, эпизодический или слабый сигнал, «2» — сигнал коммуникации повторяем и максимально возможно интенсивен.

Целью нашего исследования было — введение в методический арсенал клинического психолога наравне с другими методами работы (включенного наблюдения, интервью, беседы) метода шкальной оценки коммуникативной активности Быковой, Лукьянова (*Scale Communication Activity, Bykova, Lukianov (SCABL)*) для пациентов с отсутствием вербального самовыражения после тяжелых повреждений головного мозга. Метод должен позволять фиксировать и объективизировать при контакте с пациентом любые изменения его сигнальных (коммуникативных) возможностей.

В исследовании принимали участие 28 детей (17 мальчиков и 11 девочек) в возрасте от 3 до 16 лет. Средний возраст по всей выборке составил 12 ± 4 года.

Все дети, участвующие в исследовании, имели тяжелые повреждения головного мозга различной этиологии: тяжелая черепно-мозговая травма (ТЧМТ), гипоксическое поражение мозга и последствия разрыва артериовенозных мальформаций.

С каждым ребенком было проведено от 3-х до 5-ти исследований. Обследования проводились, начиная с этапа стабилизации витальных функций в остром периоде восстановления после повреждений головного мозга в ситуации отсутствия медикаментозной седации. Среднее время между исследованиями составляло примерно 14 дней (2 недели).

В зависимости от динамики и степени восстановления сознания в первые шесть месяцев после повреждения мозга, дети были распределены в две группы. В группу А вошли 17 детей, которые не восстановили сознание до ясного в первые шесть месяцев после травмы. В группу В вошли 11 детей с восстановлением сознания до ясного в первые шесть месяцев после травмы.

Полученные данные обрабатывались методами непараметрической статистики с помощью программы Statistica v.6.

Таблица 1

Распределение по выборке

Группы	Нозология	Восстановление сознания	Выход по RLAS	Возраст, лет (средн. зн. ± ± ст. откл.)	Количество человек
1	2	3	4	5	6
А	ТЧМТ. Гипоксия головного мозга. Разрыв мальформации.	Спутанность-неадекватность. Уровень зависимости — максимальный объем помощи	V стадия	11 ± 4,5	17
В	ТЧМТ	Автоматизм-адекватность. Минимальный уровень зависимости, объем помощи в повседневной жизни	VII стадия	13,5±2,5	11

Первичное заполнение SCABL проводилось на этапе вегетативного состояния после повреждения головного мозга. Заполнение опросника SCABL проводил медицинский психолог после общения с ребенком и его осмотра.

По результатам заполнения бланка вычислялись общая сумма баллов по SKABL и суммы по каждому отдельному разделу сигнальных систем (телесные ответы, жесты, вегетативные реакции, мимика, речь, уровень контакта). В опроснике имеются 4 утверждения с отрицательным знаком и 9 утверждений условно отрицательных. Чем выше сумма баллов при заполнении, тем диагностируется более высокий уровень сознания и способности ребенка к общению с окружающим миром.

Приведенный в Приложении 1 Бланк заполнен для условно «абсолютной» нормы (191 балл).

Шкала содержит 6 подшкал для оценки вербальных и невербальных сигналов коммуникации: телесные ответы (ТО), мимика и эмоции (М), вегетативные реакции (ВР), жесты и поза (Ж), контакт с миром (К), речь и интонации (Р).

Для возможности сравнивать разнозначимые компоненты расчет производился по формуле: $1*ТО + 1.5*М + 2.9*ВР + 4.3*Ж + 2.9*К + 2.7*Р =$ суммарный балл SCABL.

На каждую сигнальную систему отводится максимально 64 балла и тогда уровень «абсолютного здоровья» (ясного сознания) равен 384 баллам.

Для выявления непротиворечивости и сочетанности SCABL и RLAS выявлялась динамика средних значений, как это показано на рис. 1 и 2.

В группе А на всех временных этапах была выявлена высокая значимая положительная корреляции ($r = 0,80$, $p < 0.05$, коэффициент корреляции Спирмана).

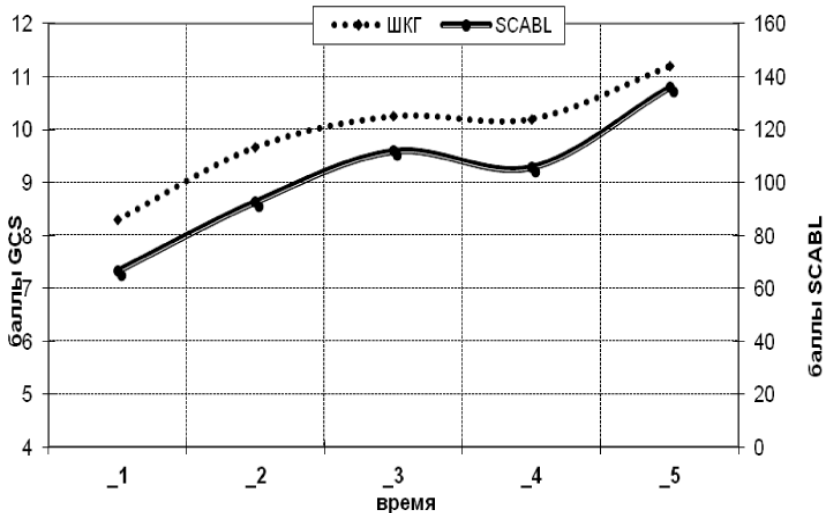


Рис. 1. Динамика изменений средних значений RLAS и SCABL для группы А

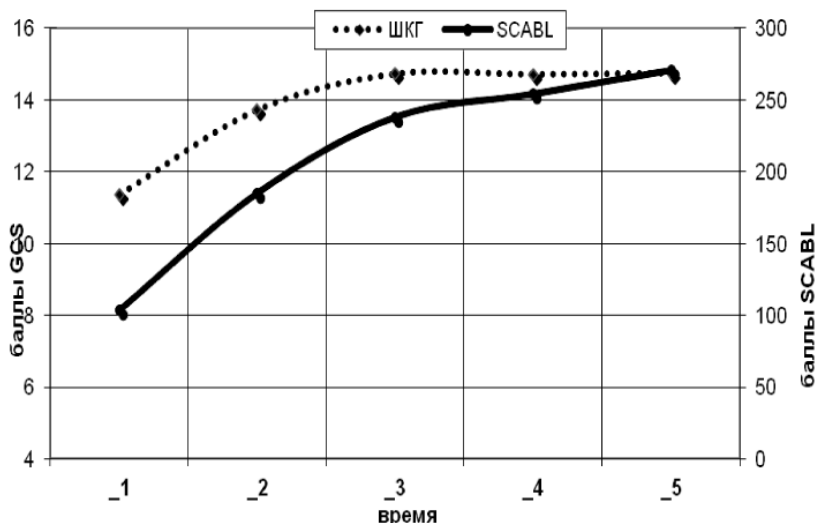


Рис. 2. Динамика изменений средних значений RLAS и SCABL в группе В

Для группы В корреляция по Спирману значима и имеет положительное значение только на первых трех этапах оценки.

Для оценки динамики изменений SCABL во времени мы применили дисперсионный анализ ANOVA по Фридману. На графиках 3 и 4 показаны распределения средних значений во времени для двух групп А и В с $\pm 95\%$ доверительным интервалом.

На рис. 3 и 4 показаны характерные особенности динамики изменений SCABL для групп А и В. Рисунки приведены в разных масштабах для лучшей наглядности картины. По оси X отмечены временные срезы проведенных измерений, по оси Y — значения SCABL в баллах.

Имеют место статистически значимые различия в динамике шкалы SCABL для групп А и В. Для детализации этих различий мы использовали Знаковый Тест (Sign Test). Для групп А и В характерно статистически значимое различие ($p < 0.5$) первого, второго и третьего этапов. В то время как четвертый и пятый этапы статистически не различаются.

Обращает на себя внимание, что в группе В восстановление (скорость изменения по шкале SCABL) было значимо выше на первых этапах, чем в группе А. К четвертому временному срезу скорость изменений показателей стабилизировалась.

В группе А скорость изменения по SCABL была существенно ниже, чем в группе В. В целом, она оставалась постоянной, за исключением «провала» на четвертом временном срезе.

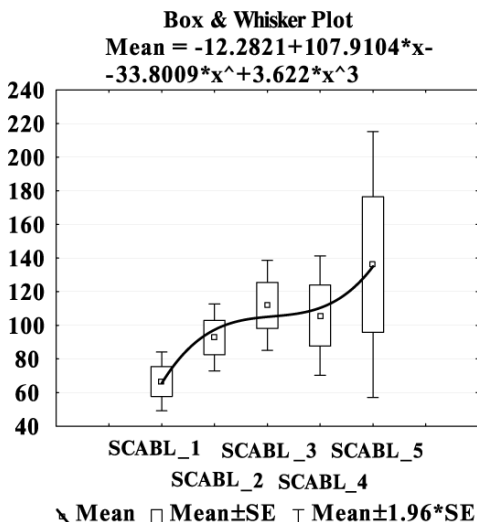


Рис. 3. Оценка динамики изменений SCABL во времени по Группе А

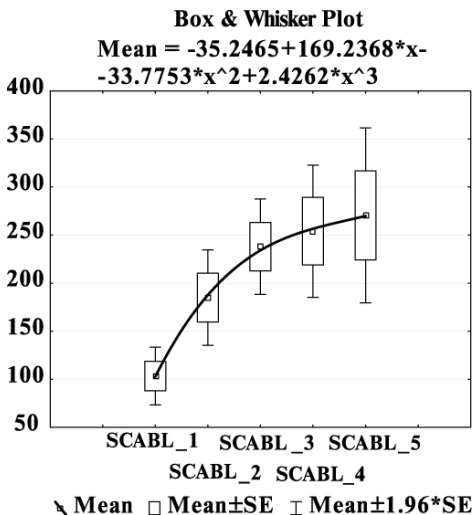


Рис. 4. Оценка динамики изменений SCABL во времени по Группе В

Для оценки чувствительности шкалы SCABL в группах А и В построен график зависимости изменения скорости изменения баллов за единицу времени: скорость = (среднее значение (i) — среднее значение (i-1))/единица времени. В нашем исследовании была принята единица времени, которая в среднем равнялась 14 дням (2 недели). Результаты расчетов показаны на рис. 5.

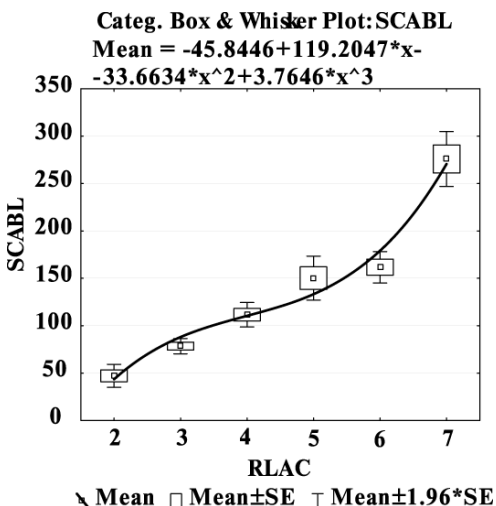


Рис. 5. Общее распределение двух шкал по всей выборке

На рисунке 5 видно, что линейная зависимость значений SCABL от RLAS лежит в диапазоне от 2-й до 5-й стадии.

Для оценки особенности группы с RLAS (6—7 стадий) использовали F тест Фишера сравнения дисперсий SCABL с групп RLAS (2—5 стадий).

Таблица 2

Двухвыборочный F-тест для дисперсии

Значения	SCABL RLAS (6—7 стадии)	SCABL RLAS (2—5 стадии)
Среднее	235.6	91.6
Дисперсия	6413.8	2131.1
Наблюдения	34	74
df	33	73
F	3.0	
P(F<=f) одностороннее	$4.623 \cdot 10^{-5}$	
F критическое одностороннее	1.6	

Статистически значимое различие дисперсий может быть связано с другой внутренней структурой группы или с некорректностью использования SCABL на уровнях ясного сознания.

Второй задачей данной работы было выявление особенностей в восстановлении сигнальных (коммуникативных) систем в группе пациентов с тяжелыми нарушениями и в группе больных, восстановивших ясное сознание.

В группе А динамика восстановления сигналов коммуникации имела нелинейную зависимость.

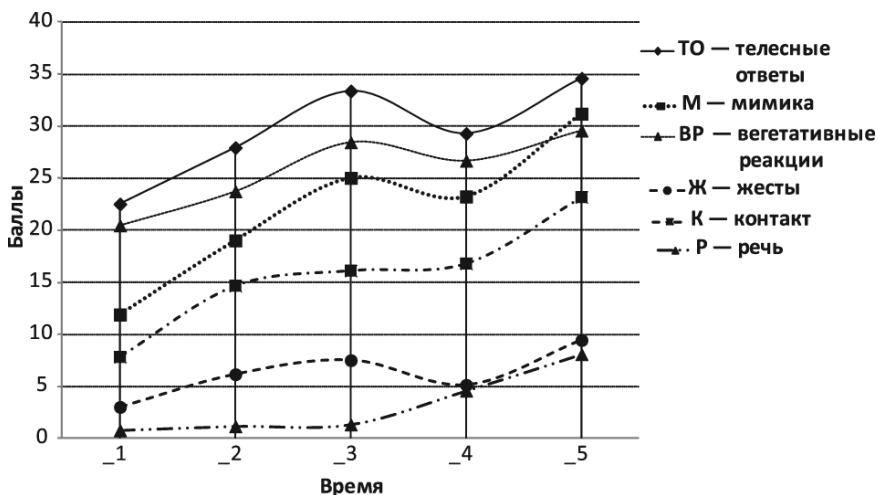


Рис. 6. Динамика восстановления в группе А

Корреляция, измеренная с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмана, на каждом временном срезе в данной группе в среднем составляла 0,75 ($p < 0,05$) и охватывала все составляющие SCABL. Коэффициент конкордации по Кенделлу на всех этапах превышал 0,73, что свидетельствует о связанности восстановления всех сигнальных процессов.

В группе В значение коэффициента корреляции Спирмана не имеет статистически значимой выраженности. Однако наблюдается единственная устойчивая значимая корреляция $r = 0,8$ ($p < 0,05$) для шкал «Мимика», «Речь» и «Уровень Контакта» на всех временных срезах кроме последнего.

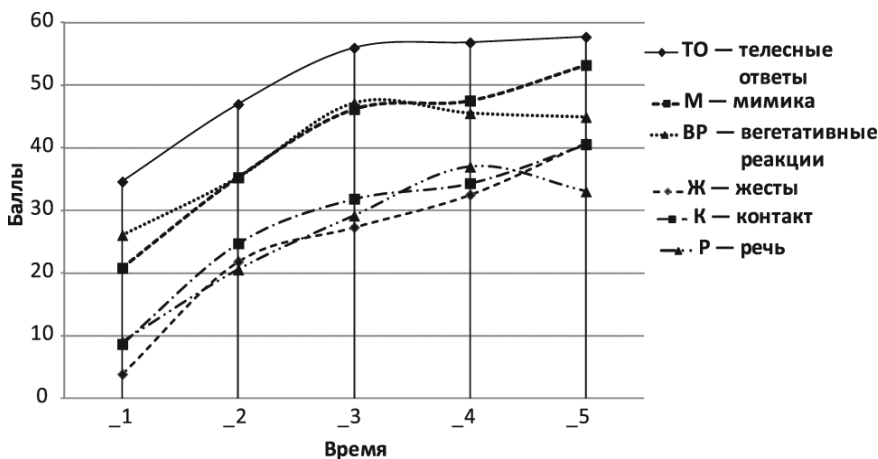


Рис. 7. Динамика восстановления в группе В

Коэффициент конкордации по Кенделлу в группе В только на первом этапе равен 0,7, а в дальнейшем падает в среднем до 0,45. Данный факт может говорить о том, что восстановление сигнальных процессов в группе В происходит относительно независимо друг от друга.

Анализ полученных результатов

На рисунке, приведенном ниже, показаны линейные тренды 25 % и 75 % квартилей распределения шкалы SCABL в зависимости от баллов RLAS по всей выборке от 2 до 5 стадии и значения коэффициентов детерминации R^2 .

Количество параметров (сигналов) по SCABL значительно превышает количество учитываемых сигналов по RLAS, что увеличивает чув-

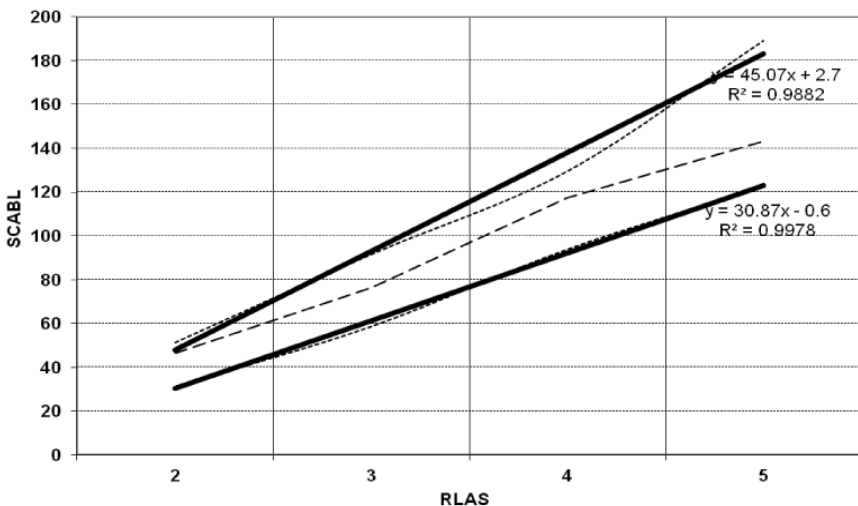


Рис. 8. Распределение RLAS (2–5) и SCABL

ствительность и детализацию SCABL. Необходимо еще раз отметить, что шкала SCABL не противоречит RLAS, но предназначена именно для психологической оценки.

Исследование компонентов SCABL по различным коммуникативным каналам для детей с длительно нарушенным сознанием показало, что телесные ответы и вегетативные реакции наиболее значимы в их коммуникативной активности и появляются ранее всех прочих. При невозможности вербальных ответов именно телесные ответы и вегетативные реакции являются «носителями», каналами трансляции информации от пациента при его общении и взаимодействии с окружающим миром.

При сравнении восстановления двух групп пациентов — пациентов с длительными нарушениями сознания после повреждений головного мозга и пациентов, восстановивших сознание до «ясного» — выявились разные сценарии восстановления коммуникативных систем.

Речевой канал в «тяжелой» группе детей (А) является наиболее запаздывающим при восстановлении коммуникации с «внешним миром» и актуализируется примерно через 8 недель после травмы мозга. С его появлением во всех других каналах коммуникации вначале происходит «остановка», стагнация с прекращением прироста количества сигналов и их интенсивности. В дальнейшем при возрастании внутренних ресурсов пациентов происходит общее «дружественное» увеличение по коли-

честву и проявленности всех сигналов коммуникации. Наиболее значимые изменения происходят в каналах «Мимика» и «Контакт», и наименее динамически изменяемым в этой картине является параметр «Жесты и поза».

Данное наблюдение позволяет нам предположить, что именно речевая активность, как специфическая человеческая функция, требует максимального энергетического ресурса и является доминирующей, «основной» в акте коммуникации человека с окружающим его миром.

Восстановление в группе В, фиксируемое по SCABL, протекало по значимо другому сценарию. Здесь наблюдается общий быстрый подъем по всем каналам коммуникации к 4-ой неделе после травмы мозга. В дальнейшем происходит замедление и стабилизация (6 недель). Обращает на себя внимание и тот факт, что скорость восстановления всех каналов относительно одинакова, т.е. не выделяется отдельно быстрое восстановление по каналам «Телесные ответы» и «Вегетативные реакции», как это было отмечено в первой группе пациентов.

Заключение

Таким образом, на основании проведенных исследований авторы предлагают для психологической оценки и фиксации досознательных элементов (в ракурсе теории бессознательного) при тяжелых повреждениях головного мозга шкалу SCABL, которая имеет статистически значимую корреляцию с другими медицинскими шкалами (RLAS, ШКГ).

В отличие от медицинских шкал, SCABL более чувствительна и подробна. Она может использоваться для оценки сигналов коммуникации пациентов с различной степенью угнетения сознания как с вербальными возможностями, так и без таковых.

Однако необходимо учитывать, что данная шкала не может быть использована для оценки общения у пациентов, вышедших в относительно «ясное» сознание (или по классификации Доброхотовой-Зайцева на стадию «Спутанности»).

Анализ сценария восстановления сигналов коммуникации с внешним миром в группе детей, длительно находящихся в глубоких измененных состояниях сознания показал, что телесные ответы и вегетативные реакции восстанавливаются первыми и только лишь в дальнейшем, при появлении речевых ответов, происходит сочетанная полифония всех возможных коммуникативных каналов. В более легкой группе, восстановившихся до «ясного» сознания, происходит одновременное, мало связанное по временным срезам, выстраивание всех сигнальных систем.

Авторы предполагают, что SCABL сможет быть информативна и полезна при использовании ее не только в работе с детьми, перенесших тяжелые повреждения головного мозга, но и со взрослыми пациентами.

Являясь психологической шкалой, SCABL позволяет фиксировать досознательные проявления и элементарные составляющие, из которых впоследствии с восстановлением и будут сформированы как бессознательные содержания, так и манифестации сознания.

Авторы надеются, что представленная работа может принести пользу как медицинским (клиническим), так и общим психологам в их трудной работе с пациентами в глубоких измененных состояниях сознания после тяжелых повреждений головного мозга.

Бланк SCABL

1	2	3	4	Баллы
Невер- бальные ответы	Телесные ответы	1	учащение-замедление дыхания на обращение	2
		2	увеличение — уменьшение глубины дыхания на обращение	2
		3	задержка дыхания	2
		4	движения пальцами рук	2
		5	повторяющиеся движения в пальцах рук	1
		6	движения кистями рук	2
		7	повторяющиеся движения в кистях рук	2
		8	»теребение» одеяла и пр.	1
		9	почесывания	1
		10	сжатие кулаков (кулака).	2
		11	пожатие руки	2
		12	появление тремора в руках	1
		13	движения в локтях	2
		14	целенаправленные движения от всего тела быть в контакте	2
		15	непроизвольные движения плечами	2
		16	непроизвольные сгибательные движения в коленях	2
		17	непроизвольные движения стопами	2
		18	непроизвольные движения пальцами стоп	2
		19	повторяющиеся движения ногами	2
		20	появление тремора в ногах	1
		21	изменение положения тела	2
		22	наклон телом или попытка привстать в кровати	2
		23	раскачивающиеся движения телом	1
		24	нецеленаправленный поворот головы	2
		25	поворот головы в сторону обращения	2
		26	поворот головы от собеседника	2
		27	непроизвольное открывание глаз	2
		28	открывание глаз на обращение	2
		29	открывание глаз на глубокий контакт	2
		30	фиксация взгляда на собеседнике	2
		31	уход из контакта отведением глаз	2
		32	нецеленаправленное двигательное беспокойство	0

1	2	3	4	5
		33	телесное выражение агрессии	0
		34	телесное выражение негативизма	0
		35	изменение общей двигательной активности при контакте	2
		36	третичные телесные сигналы	2
		37	изменение частоты сглатывания слюны	2
		38	произвольный ответ «Да» глазами	2
Сумма баллов по телесным ответам (ТО)				64
	мимика и эмоции	39	появление недифференцируемых мимических проявлений	2
		40	появление бледности лица	2
		41	появление румянца	2
		42	поднятие бровей	2
		43	изменение выражения глаз в контакте	2
		44	«гримаса страдания»	2
		45	мимика расстройства, переживания	2
		46	плач	2
		47	выражение обиды	2
		48	раздражение, злость	2
		49	улыбка	2
		50	смех	2
		51	испуг, страх	2
		52	разочарование	2
		53	другие эмоциональные проявления (кусание губ и пр.)	2
		54	мимические проявления чувств к близким	2
		55	адекватность мимических реакций	2
		56	адекватность эмоциональной экспрессии	2
		57	эмоциональная лабильность	2
		58	связь эмоций с актуальной ситуацией болезни	2
		59	эмоции психологически понятны	2
		60	сигналы узнавания других при повторных контактах	2
Сумма баллов по мимике (М)				44
	вегетативные реакции	61	изменение цвета кожных покровов рук	2
		62	изменение температуры рук	2
		63	запотевание рук	2
		64	изменение температуры ног	2
		65	изменение цвета ног	2

1	2	3	4	5
		66	покраснение кожи на теле	2
		67	выделение пота	1
		68	появления вегетативного возбуждения (гиперкинезы и пр.)	0
		69	изменение температуры тела	2
		70	изменение размера зрачков глаз	2
		71	появление покраснения лица	2
		72	появление бледности лица	2
		73	появление других вегетативных проявлений (икание, зевание и пр.)	1
Сумма баллов по вегетативным реакциям (ВР)				22
	жесты и поза	74	жесты при ответах	2
		75	жесты при собственных интенциях (указание и пр.)	2
		76	изменение позы тела при контакте	2
		77	скрещивание рук на груди	2
		78	закидывание ноги на ногу	2
		79	поза закрытия	2
		80	проявление испуга при телесном контакте	1
		81	поза желаяния контакта	2
Сумма баллов по жестам (Ж)				15
	контакт с миром	82	адекватное понимание факта взаимодействия с другим	2
		83	контакт с одним значимым взрослым (родитель, сиделка или пр.)	2
		84	оживление при контакте с маленькими детьми	2
		85	контакт с другими инвалидизированными детьми	2
		86	контакт со здоровыми детьми	2
		87	адекватность контакта	2
		88	глубина контакта	2
		89	эмотивность к эмоциям других	2
		90	достаточная включенность в контакт с другими	2
		91	конгруэнтность различных собственных телесных сигналов в контакте с другими	2
		92	понимание юмора	2
Сумма баллов по контакту (К)				22
Вербальные ответы	речь	93	оптимальная скорость ответов	2

1	2	3	4	5
		94	регулярность ответов	2
		95	смысловая адекватность ответов	2
		96	конгруэнтность вербальных ответов невербальным сигналам	2
		97	интонационная окрашенность речи	2
		98	вариативность громкости речи	2
		99	тембровая вариативность	2
	инто- нации	100	адекватность интонационной окрашен- ности смыслу сказанного	2
		101	соблюдение адекватных пауз в речи	2
		102	эмоциональная адекватность ответов	2
		103	адекватность эмоциональной экспрессии в вербальных ответах	2
		104	возможность вести разговор	2
Сумма баллов по речи (Р)				24
Абсолютный балл				191

**Сводная таблица синдромальных уровней угнетения сознания
и оценок по шкалам RLAS и SCABL (нормированное значение)**

Синдром	Клиническая характеристика и симптомы восстановления	RLAS (стадии)	SCABL Медиана (Q25; Q75)
1	2	3	4
Вегетативное состояние	Генерализованная реакция — уровень тотальной зависимости, помощи.	II	46 (31; 51)
Минимальное сознание Акинетический мутизм, Мутизм без понимания речи	Локализованный ответ — уровень тотальной зависимости, помощи	III	76 (58; 91)
Гиперкинетический мутизм, Дезинтеграция (реинтеграция) речи	Спутанность-ажитация. Уровень зависимости — максимальный объем помощи	IV	117(93; 129)
Спутанность	Спутанность-неадекватность. Уровень зависимости — максимальный объем помощи	V	143 (122; 189)
Интеллектуально-мнестическая недостаточность	Спутанность-адекватность. Средний уровень зависимости, объема помощи	VI	157 (146; 171)
Ясное сознание	Автоматизм-адекватность. Минимальный уровень зависимости, объем помощи в повседневной жизни. Автоматическое выполнение привычных навыков	VII	288 (231; 333)

ЛИТЕРАТУРА

- Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / М.: Издательство Антидор, 2002. 440 с.
- Большая советская энциклопедия: В 30 т. Т. 16 / 3-е изд. М.: 1974. 791 с.
- Братусь Б.С. От гуманитарной парадигмы в психологии к парадигме эсхатологической. Психология и новые идеалы научности. Материалы «круглого стола» // Вопросы философии, 1993. № 5. С. 3—43.
- Быкова В.И., Семенова Ж.Б., Фуфаева Е.В., Львова Е.А. Психологическая реабилитация детей после тяжелой черепно-мозговой травмы // Нейрохирургия и неврология детского возраста, 2012, № 2—3 (32—33), с. 161—167.
- Большой энциклопедический словарь // Под редакцией акад. А.М. Прохорова. 2-е издание, переработанное и дополненное. М.: «Большая Российская энциклопедия», 2002. 456 с.
- Горянина В.А. Психология общения / М.: Издательский центр «Академия», 2002. 416 с.
- Дельгадо Х. Мозг и сознание / Перевод с англ. Л. Я. Белопольского. Под редакцией и с предисловием профессора Г. Д. Смирнова. М.: Мир, 1971. 264 с.
- Зайцев О.С. Психопатология тяжелой черепно-мозговой травмы / М.: МЕД-пресс-информ, 2011. 336 с.
- Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. Черепно-мозговая травма. Клиническое руководство: В т. 1 / М.: Институт нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, 1998—2002 гг.
- Лейбниц Г.В. Метафизика. Монадология. Собрание сочинений: В 4 т. Т.1. Серия: Философское наследие / М.: Мысль, 1982. 636 с.
- Минделл А. Кома: ключ к пробуждению. Самостоятельная работа над собой: Внутренняя работа со сновидящим телом / Пер. с англ. В. Самойлова. М.: АСТ и др., 2005. 284 с.
- Пахальска М. Природа сознания: нейропсихологическая перспектива // Московский международный конгресс, посвященный 110-летию со дня рождения А. Р. Лурия. Тезисы сообщений / МГУ. 2012. С. 15, 124, 125.
- Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии / СПб.: Питер, 2002. 720 с.
- Томаселло М. Истоки человеческого общения / Пер. с англ. Фаликман М.В., Печенковой Е.В., Синицыной М.В., Кибрик А.А., Карпухиной А.И. / М.: Языки славянских культур, 2011. 323 с.
- Фрейд З. «Я» и «Оно». Труды разных лет: В 2 т. / Тб.: «Мерани», 1991.
- Юнг К.Г. Очерки по психологии бессознательного / М.: «Когито-Центр», 2010. 352 с.
- Bykova V.I., Fufaeva E.V., Lvova E.A. The specific nature of psychological rehabilitation for children after severe traumatic brain injury at the early stages of recovering consciousness // Acta Neuropsychologica. 2013. Vol. 11. №. 3. Pp. 249—253.
- Brown F.L., Whittingham K., Boyd R., Sofronoff K. A Systematic Review of Parenting Interventions for Traumatic Brain Injury: Child and Parent Outcomes // J Head Trauma Rehabilitation. 2013. Vol. 28. № 5. Pp. 349—360.
- Tate R.L. A Compendium of Tests, Scales and Questionnaires // The Practitioner's Guide to Measuring Outcomes after Acquired Brain Impairment / Psychology Press. Taylor and Francis Group. Hove and New York. 2010. 746 p.

DIALOGUE WITH THE PATIENT IN LOW CONSCIOUSNESS STATE AFTER SEVERE BRAIN DAMAGES

V.I. BYKOVA, V.I. LUKYANOV, E.V. FUF AEVA

In this work we study the possibility of children communication who suffer from long-term deep altered states of consciousness (ASC) after severe brain damage. The authors developed a scale that can be used to assess the clinical psychologist in evaluation of patients' signaling capabilities in a vegetative state, minimal consciousness, etc. Scale Communication Activity — Bykova, Lukyanov (SCABL) has a significant correlation with the scale of Rancho Los Amigos Medical Center Level of Cognitive Functioning (RLAS-LCF-R) and Dobrokhotova-Zaitsev scale of recovery of consciousness. Scale captures a significant amount of communication signals (104 signals), a measure of their manifestations, being a sensitive tool for the objectification of recovery of children consciousness, both with verbal communication, and without it. Totally 28 children who underwent severe traumatic brain injury, hypoxic brain damage and rupture of arteriovenous malformation from 3 to 16 years were involved. Each child, starting with the stabilization of his/her vital functions in the acute period of recovery and without medical sedation was held 3—5 tests. This study allows picturing not only the picture of the recovery of various communication signals (physical, vegetative, facial, gestural, verbal) after cerebral trauma, but also shows the change in children's contact with outer world. The study reveals a difference in the restoration of communication in two groups of children: who recovered to clear consciousness and remain with profound disabilities.

Keywords: children, severe brain damage, long-term impairment of consciousness, communication capabilities, Scale Communication Activity — Bykova, Lukyanov (SCABL).

Belova A.N. Shkaly, testy i oprosniki v medicinskoj rehabilitacii / Moscow: Izdatel'stvo Antidor, 2002. 440 p.

Bol'shaya sovetskaya entsiklopediya. T. 16 / 3-e izd. Moscow: 1974. 791 p.

Bratus' B.S. Ot gumanitarnoi paradigmy v psikhologii k paradigme eskhatologicheskoi. Psikhologiya i novye idealy nauchnosti. Materialy "kruglogo stola". Voprosy filosofii. 1993. No 5. Pp. 3—43.

Bykova V.I., Semenova Zh.B., Fufaeva E.V., L'vova E.A. Psikhologicheskaya reabilitatsiya detei posle tyazheloi cherepno-mozgovoi travmy. Neurokhirurgiya i nevrologiya detskogo vozrasta. 2012. No 2—3 (32—33), pp 161—167.

Bol'shoi entsiklopedicheskii slovar' / Pod redaktsiei akad. A.M. Prokhorova. 2-e izdanie, pererabotannoe i dopolnennoe. Moscow: "Bol'shaya Rossiiskaya entsiklopediya", 2002. 456 p.

Goryanina V.A. Psikhologiya obshcheniya. Moscow: Publ. "Akademiya", 2002. 416 p.

Del'gado X. Mozg i soznanie / Perevod s ang. Belopol'skogo L. Ya. Pod redaktsiei i s predislloviem professora. Smirnova G. D. Moscow: Mir, 1971. 264 p.

- Zaitsev O.S.* Psikhopatologiya tyazheloi cherepno-mozgovoi travmy/ Moscow: MEDpress-inform, 2011. 336 p.
- Konovalov A.N., Likhierman L.B., Potapov A.A.* Cherepno-mozgovaya travma. Klinicheskoe rukovodstvo: V 3 t / Moscow: Institut neirokhirurgii im. N.N. Burdenko, 1998—2002.
- Leibnits G.V.* Metafizika. Monadologiya. Sobranie sochinenii: V 4 t. T. 1 / Seriya: Filosofskoe nasledie. Moscow: Mysl', 1982. 636 p.
- Mindell A.* Koma: klyuch k probuzhdeniyu. Samostoyatel'naya rabota nad soboi: Vnutrennyaya rabota so snovidyashchim telom / Per. s angl. V. Samoilova. Moscow: AST i dr., 2005. 284 p.
- Pakhal'ska M.* Priroda soznaniya: neiropsikhologicheskaya perspektiva / Moskovskii mezhdunarodnyi kongress, posvyashchennyi 110-letiyu so dnya rozhdeniya A.R. Luriya. Tezisy soobshchenii. MGU. 2012. Pp 15, 124, 125.
- Rubinshtein S.L.* Osnovy obshchei psikhologii / Sankt-Peterburg: Piter, 2002. 720 p.
- Tomasello M.* Istoki chelovecheskogo obshcheniya / Per. s angl. M.V. Falikman, E.V. Pechenkovoii, M.V. Sinitsynoi, A.A. Kibrik, A.I. Karpukhinoi. Moscow: Yazyki slavyanskikh kul'tur, 2011. 323 p.
- Freid Z"Ya" i "Ono".* Trudy raznykh let. V 2 t. / Tbilisi: "Merani", 1991.
- Yung K.G.* Ocherki po psikhologii bessoznatel'nogo / Moscow: "Kogito-Tsentr", 2010. 352 p.
- Bykova V.I, Fufaeva E.V., Lvova E.A.* The specific nature of psychological rehabilitation for children after severe traumatic brain injury at the early stages of recovering consciousness // Acta Neuropsychologica. 2013. Vol. 11. No. 3, pp. 249—253.
- Brown F.L., Whittingham K., Boyd R., Sofronoff K.* A Systematic Review of Parenting Interventions for Traumatic Brain Injury: Child and Parent Outcomes // J Head Trauma Rehabilitation. 2013 Vol. 28. No. 5, pp. 349—360.
- Tate R.L.* A Compendium of Tests, Scales and Questionnaires // The Practitioner's Guide to Measuring Outcomes after Acquired Brain Impairment — / Psychology Press. Taylor and Francis Group. Hove and New York. 2010. 746 p.

УРОВЕНЬ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА У ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ МЕНИНГИОМЫ¹

Н.В. ТАРАБРИНА, Н.Е. ХАРЛАМЕНКОВА,
Д.А. НИКИТИНА

Статья посвящена эмпирическому изучению специфики посттравматической и психопатологической симптоматики у пациентов, оперированных по поводу менингиомы. Испытуемые: 16 пациентов НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, прооперированные по поводу менингиомы (женщины в возрасте от 27 до 67 лет, средний возраст — 52 года). Обследование проводилось через 6 месяцев после операции. Методики: Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС) (Impact of Event Scale — IES-R); Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-r-Revised, SCL-90-R). Результаты: у части пациентов, перенесших операцию по поводу доброкачественной опухоли головного мозга — менингиомы, появляются признаки посттравматического стресса; их выраженность соответствует уровню частичного ПТСР. Это вывод подтверждается схожестью обследуемой группы по психопатологическим симптомам с пациентами с группой РМЖ, имеющими частичное ПТСР, и отличием обследуемой группы от пациентов с РМЖ, имеющих высокий и низкий уровень посттравматического стресса. Эмпирическое исследование продолжается.

Ключевые слова: онкопсихология, травматический стресс, посттравматический стресс, менингиома, психологические последствия стресса.

В 1994 году в перечень травматических стрессоров, с высокой вероятностью вызывающих посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), были включены угрожающие жизни болезни, которыми в том числе являются онкологические заболевания [American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder, 1994]. По

¹ Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ (проект № 14-06-00236а).

мнению исследователей, работающих над этой проблемой, специфика стрессора состоит в том, что это — «невидимая» угроза, влияние которой исходит изнутри организма; ее воздействие «нельзя “отделить” от индивида, ее нельзя увидеть, а на начальных этапах заболевания и ощутить» [Тарабрина и др., 2010, с. 24]. Стрессор характеризует такая особенность как длительность влияния на человека, поэтому в отличие от краткосрочных стрессоров (Type I) — от нескольких минут воздействия до нескольких часов (биогенные, техногенные катастрофы и др.), онкологическое заболевание относят к группе хронических, повторяющихся или продолжительно влияющих стрессоров (Type II).

Комплексное исследование [Тарабрина и др., 2010; Тарабрина, 2014], проведенное на выборке больных с диагнозом рак молочной железы (РМЖ) показало, что этот стрессор оказывает выраженное психотравмирующее влияние на человека, затрагивая мотивационно-потребностную, эмоциональную и ценностно-смысловую сферы личности; выявлены признаки посттравматического стресса, высокие показатели которого, обнаруженные у 25 % выборки, соответствуют клинической картине посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Это такие симптомы как навязчивые переживания по поводу события, стремление избегать любых ситуаций, напоминающих о событии, повышенная физиологическая реактивность организма в ответ на стимулы, символизирующие травму. Также показано, что у больных с высоким уровнем посттравматического стресса (группа «ПТСР») выше показатели по всем шкалам опросника психопатологической симптоматики SCL-90-R по сравнению с группой «Нет ПТСР», и статистически выше показатели по шкалам «Соматизация», «Обсессивность-компульсивность», «Межличностная сензитивность», «Депрессия», «Тревожность», «Психотизм» по сравнению с группой «Частичное ПТСР».

По мнению Марии Кангас, Джанет Уильямс и Роберта Сми, уникальной группой пациентов является выборка больных с диагнозом опухоль головного мозга, так как, с одной стороны, она представляет собой часть группы онкологических больных, а с другой — больных с приобретенной мозговой травмой (acquired brain injury — ABI) [Kangas, Williams, Smee, 2011]. Проведя комплексное исследование больных с диагнозом «менингиома», авторы отмечают, что симптомы посттравматического стресса (posttraumatic stress symptoms — PTSS) и качество жизни (quality-of-life — QOL) [Kangas, Williams, Smee, 2012], а также выгода, которая извлекается от болезни (benefit finding — BF) практически не связаны с демографическими и медицинскими переменными. Кангас с соавт. подчеркивают, что отсутствие связи PTSS и QOL с клиническими характеристиками (в том числе и с латеральной локализацией

функций головного мозга) указывает на «важнейшую роль психологических параметров в адаптации к постановке диагноза и лечению по поводу доброкачественной менингиомы» [Kangas, Williams, Smee, 2012, с. 176]. Психологические переменные (депрессия, вторжение, избегание) также «более тесно связаны с поиском выгоды от болезни по сравнению с демографическими и медицинскими факторами» [Kangas, Williams, Smee, 2011, с. 114].

Со ссылкой на различные научные публикации А.А. Лукшина с соавторами указывает на то, что менингиомы относятся к группе опухолей оболочек мозга и составляют 13—26 % внутричерепных опухолей; частота заболевания — в среднем 3—8 случая на 100000 населения, нарастает с возрастом, достигая максимума у лиц 70—79 лет и чаще отмечается у женщин по сравнению с мужчинами — 2,2—2,7 к 1 [Лукшина и др., 2015]. В возрасте 85 лет и старше заболеваемость менингиомами достигает 46 на 100000 населения в год и более чем в 3 раза превышает заболеваемость глиомами [Коновалов и др., 2013].

Хирургическое вмешательство является одним из эффективных методов лечения больных менингиомами [Козлов, 1988; Коновалов и др., 2013]. Несмотря на эффективность оперативного вмешательства в последнее время все чаще встает вопрос не только о снижении послеоперационной летальности, но и о социально-трудовой адаптации (качестве жизни) оперируемых больных [Чудакова, 1994]; утверждается, что операция не должна приводить к дополнительной стойкой инвалидизации больного [Бочаров, 2011], ведь ее радикальность, а также злокачественность опухоли являются факторами, влияющими на рецидивирование менингиом [Коновалов, 2013]. При неоперабельных менингиомах в настоящее время успешно применяется *комплекс лучевых методов*, которые до недавнего времени использовались при таких видах опухолей не часто [Козлов и др, 2010]. Хирургическое и лучевое лечение показано при увеличении опухоли, при возникновении отека мозга, а также при появлении клинических симптомов. Допускается *выжидательная тактика*, если при случайно выявленных менингиомах не наблюдается перитуморозного отека мозга (отек вокруг опухоли) [Коновалов, 2013].

Клиническими симптомами менингиомы являются головная боль [Mascellino, Lay, Newman, 2001], слабость в конечностях, снижение зрения, тошнота, рвота, нарушения памяти. Эпилептические приступы при менингиомах наблюдаются так же, как и при других опухолях [Лукшина, Ураков, Лошаков, 2011]. Кроме неврологических симптомов при менингиомах наблюдаются психопатологическая симптоматика (например, психопатоподобные изменения личности, аффективные расстройства, когнитивный дефицит и др.) [Fotopoulou, Solms, Turnbull, 2004;

Dijkstra et al., 2009], которая в том числе зависит от латеральной локализации [Mainio, et al., 2003]. В работе А.А. Лукшиной с коллегами у пациентки с множественными менингиомами правого полушария: гигантской в задней трети фалькса, большой в височной области и трех небольших в лобной и теменной областях, первым симптомом заболевания стала головная боль, однако практически параллельно появились психопатологические симптомы: эмоциональная лабильность, личностные изменения, приведшие к семейному разладу, снижение критичности, трудности в ориентировке на местности, ослабление памяти и левостороннее зрительное невнимание [Лукшина и др., 2015].

Менингиома может манифестировать психическими расстройствами (депрессия, мания, апатия, анозогнозия и др.), а неврологические симптомы могут появиться позже. В литературе описано достаточно много случаев постановки пациенту с опухолью головного мозга психиатрического диагноза — депрессивного расстройства [Mena, 1982; Greenberg, Mofson, Fink, 1988; Radzik, et al., 2009; Schwartz, Afejuku, Garlow, 2013], тревожного расстройства [Tsai, Huang, 2009; Assefa, Naque, Wong, 2012]; первично выявляется такая психопатология, как измененное состояние сознания, энцефалопатия, слабоумие, неспецифический психоз, бред с манией [Madhusoodanan, et al., 2015], панические атаки и деперсонализация [Ghadirian, Gautier, Bertrand, 1986] и др. [Oppler, 1950; Buchanan, Abram, 1975]. В подобных случаях пациентам назначается лечение, не соответствующее истинным причинам заболевания, а состояние продолжает ухудшаться. В связи с этим многие врачи и ученые сходятся во мнении, что у пациентов с психиатрическими симптомами старше 40 лет, или у иных пациентов со специфическими психиатрическими симптомами, необходимо проверять возможное наличие мозговых новообразований, которые часто выступают более чем вероятной причиной подобных симптомов.

Корректная диагностика заболевания и сопутствующей ему психопатологической симптоматики, тем не менее, недостаточна для адаптации пациентов после хирургической операции и лучевой терапии, для повышения качества жизни и восстановления физического и психического здоровья. Важно понимать, что у части пациентов и после оперативного вмешательства и последующего лечения может сохраняться высокий уровень депрессии, тревожности, появляться признаки посттравматического стресса [Тарабрина, 2014; Харламенкова, Никитина, 2014; Харламенкова, Тарабрина, Никитина, 2015]. Исследования показывают, что у пациентов продолжительно сохраняются различные проблемы: избегание социального общения, хроническая усталость, ощущение интеллектуального истощения, чувство фрустрации потребнос-

тей, которые раньше привычно удовлетворялись; у определенной части пациентов (у 16 % выборки согласно исследованию M. Kangas, J.R. Williams, R.I. Smee, 2012) регистрируются все признаки ПТСР — вторжение, избегание и физиологическое возбуждение, и они не зависят от медицинских и демографических переменных. Качество жизни пациентов с высоким уровнем ПТСР снижается, прежде всего, по таким параметрам как исполнительные функции (executive functioning), повышается спутанность/замешательство (confusion/bewilderment). Большинство пациентов с высоким уровнем ПТСР сообщили, что нуждаются в профессиональной поддержке из-за ощущения дистресса и страха прогрессирования или рецидива опухоли, и действительно обращаются за такой помощью [Kangas, Williams, Smee, 2012].

Актуальным представляется изучение психологических последствий влияния на человека такого события, как постановка диагноза «опухоль головного мозга» и их сопоставления с психологическими последствиями постановки диагноза «рак молочной железы» (РМЖ).

Исследование проводится сотрудниками лаборатории психологии посттравматического стресса Института психологии РАН совместно с психиатрической группой НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко.

Цель исследования — выявить уровень и признаки посттравматического стресса, а также психопатологическую симптоматику у больных с диагнозом «менингиома» в постоперационном периоде и сопоставить их с признаками посттравматического стресса и психопатологии у больных РМЖ.

Объект исследования — уровень посттравматического стресса и психопатологической симптоматики у пациентов.

Предмет исследования — специфика посттравматической и психопатологической симптоматики у пациентов, оперированных по поводу менингиомы.

Гипотезы:

1. Часть пациентов, оперированных по поводу менингиомы, имеет высокий уровень посттравматического стресса и выраженную психопатологическую симптоматику.

2. При сравнении пациентов с разными онкологическими заболеваниями с одним и тем же уровнем ПТСР психопатологические симптомы существенно не различаются.

Участники исследования. В соответствии с программой эмпирического исследования на первом этапе обследовано 32 пациента НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. Из них 2-е мужчин и 30 женщин в возрасте от 27 до 67 лет. Средний возраст по выборке — 52 года. Пациенты, принявшие участие в исследовании, перенесли операцию по удалению

менингиомы не более чем за 7 дней до первой встречи. Все пациенты обследованы психиатром, который устанавливал выраженность когнитивных или психических дисфункций, т.е. проводил первичный отбор пациентов и подготавливал их к психологическому обследованию. На *первом этапе* проводилось полуструктурированное клиническое интервью длительностью 20—40 минут и предлагался опросник САН (самочувствие-активность-настроение). Все пациенты давали информированное согласие. На *втором* этапе использовался комплекс методов, направленный на диагностику уровня посттравматического стресса, психопатологической симптоматики и мотивационно-потребностной сферы пациентов. К настоящему моменту полностью обследовано 16 пациентов. Все пациенты женщины в возрасте от 30 до 60 лет.

В настоящей работе представлена часть полученных в ходе диагностики результатов.

Для сравнения использовались данные, полученные группой исследователей под руководством Н.В. Тарабриной на выборке женщин ($n = 75$), прооперированных и завершивших лечение по поводу диагноза «рак молочной железы» I—III стадий, без отдаленных метастаз. Возраст респондентов от 38 до 72 лет [Тарабрина и др., 2010].

Методики

Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС) (Impact of Event Scale — IES-R) в адаптации Н.В. Тарабриной (2007).

Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-r-Revised, SCL-90-R), создан Леонардом Дерогатисом (Derogatis, 1975), адаптирован Н.В. Тарабриной с коллегами [Derogatis, 1975].

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программного пакета STATISTIKA 7.0 (для сравнения изучаемых показателей в группах испытуемых использовался U-критерий Манна-Уитни).

Результаты

Признаки посттравматического стресса оценивались по методике ШОВТС. Сопоставление данных по интегральному показателю (ИП) этой методики, который высоко коррелирует с уровнем ПТСР, позволило разделить выборку на две группы. В первую группу, названную условно «группа с высоким Интегральным показателем», вошли пациенты, у которых значение по данной шкале варьируется от 32 до 58 и выше ($n = 9$). Во вторую группу, условно названную «группа с низким Интегральным показателем», вошли пациенты, у которых значение по данной шкале варьируется от 25 и ниже до 31 ($n = 7$). Далее было проведено со-

поставление показателей ШОВТС с данными, полученными в лаборатории психологии посттравматического стресса Института психологии РАН при изучении ПТС у больных РМЖ [Тарабрина и др., 2010 ; Тарабрина, 2014]. Основным результатом этого исследования было разделение изученной выборки больных РМЖ на три группы: с высоким — РМЖ «ПТСР», средним — «Частичное ПТСР» и низким уровнем — «Нет ПТСР». Результаты сравнения показали, что в первую группу пациентов с диагнозом «менингиома» вошли респонденты, у которых уровень ПТС соотносим с результатами групп РМЖ «Частичное ПТСР» и РМЖ «ПТСР», во вторую группу вошли пациенты, показатели которых соотносимы с данными группы РМЖ «Нет ПТСР».

Статистический анализ различий между двумя группами пациентов, прооперированных по поводу менингиомы, по уровню выраженности признаков ПТСР (U-критерий Манна-Уитни) показал, что для группы с высокими значениями по интегральному показателю методики ШОВТС характерны и более высокие значения по таким признакам как вторжение ($U_{Эмп} = 8$; $U_{кр} = 12$; $U_{Эмп} < U_{кр}$, $p = 0,013$), избегание ($U_{Эмп} = 3$; $U_{кр} = 12$; $U_{Эмп} < U_{кр}$, $p = 0,002$), физиологическая возбудимость ($U_{Эмп} = 9,5$; $U_{кр} = 12$; $U_{Эмп} < U_{кр}$, $p = 0,019$), при этом различия по признаку «избегание» оказались наибольшими.

Сравнение этих двух групп пациентов с диагнозом «менингиома» по уровню выраженности психопатологической симптоматики не позволило выявить статистически значимые различия по шкалам методики SCL-90-R. Однако в ходе визуального сравнения профилей больных, оперированных по поводу менингиомы и разных групп респондентов, прежде всего групп РМЖ «ПТСР», РМЖ «Нет ПТСР» и РМЖ «Частичное ПТСР», было обнаружено, что данные больных с диагнозом «менингиома» по своему профилю (методика SCL-90-R) практически идентичны данным группы РМЖ «Частичное ПТСР».

Учитывая схожесть результатов двух групп пациентов с диагнозом «менингиома» по результатам методики SCL-90-R, было принято решение на этом этапе исследования не делить выборку больных с диагнозом «менингиома» на отдельные подгруппы, а квалифицировать ее как группу Менингиома «Частичное ПТСР» (МЕН «Частичное ПТСР») (табл. 1).

Статистический анализ данных показал, что по методике ШОВТС различаются подгруппа РМЖ «ПТСР» и МЕН «Частичное ПТСР» (табл. 2). Различия выявлены по всем показателям методики. Закономерным оказалось сходство РМЖ «Частичное ПТСР» и МЕН «Частичное ПТСР» (табл. 3), что подтвердило наше первичное визуальное сравнение этих групп. Отсутствие различий у группы РМЖ «Нет ПТСР» и

Таблица 1

Показатели шкал вторжение, избегание, физиологическое возбуждение и интегральный показатель методики ШОВТС в группах РМЖ «Частичное ПТСР», РМЖ «ПТСР», РМЖ «Нет ПТСР» и МЕН «Частичное ПТСР»

Шкалы ШОВТС	РМЖ «ПТСР», n = 18	РМЖ «Нет ПТСР», n = 31	РМЖ «Частичное ПТСР», n = 26	МЕН «Частичное ПТСР», n = 16
	Me	Me	Me	Me
Вторжение	16,5	7,5	11,0	10,0
Избегание	22,5	10,0	13,0	14,5
Физиологическая возбудимость	13,5	3,5	7,0	7,5
Интегральный показатель	57,0	22,0	35,0	32,0

Me — медиана; n — число испытуемых в группе.

МЕН «Частичное ПТСР» также было ожидаемым, поскольку обследуемая выборка характеризуется менее выраженным ПТС по сравнению с пациентами с РМЖ (табл. 4). Одна тенденция, тем не менее, все-таки была обнаружена: это более высокие показатели физиологической возбудимости в обследуемой группе (МЕН «Частичное РМЖ»).

Таблица 2

Сравнение группы пациентов с диагнозом РМЖ (подгруппа «ПТСР») и пациентов с диагнозом менингиома — МЕН «Частичное ПТСР» по показателям методики ШОВТС и SCL-90-R

Шкалы ШОВТС и SCL-90-R	Сумма рангов РМЖ «ПТСР», n = 18	Сумма рангов МЕН «Частичное ПТСР», n = 16	U	Z	p-level
Шкалы ШОВТС					
Вторжение	391,5	203,5	67,5	2,6	0,008**
Избегание	396,0	199,0	63,0	2,8	0,005**
Физиологическая возбудимость	391,0	204,0	68,0	2,6	0,009**
Интегральный показатель	400,5	194,5	58,5	2,9	0,003**
Шкалы SCL-90-R					
GSI — общий индекс тяжести симптомов	399,5	195,5	59,5	2,8	0,004**

Шкалы ШОВТС и SCL-90-R	Сумма рангов РМЖ «ПТСР», n = 18	Сумма рангов МЕН «Частичное ПТСР», n = 16	U	Z	p-level
Соматизация	370,5	224,5	88,5	1,8	0,05*
Обсессивно-компульсивное расстройство	393,0	202,0	66,0	2,6	0,007**
Межличностная сензитивность	388,0	207,0	71,0	2,5	0,012*
Депрессия	402,5	192,5	56,5	3,1	0,003**
Тревожность	407,0	188,0	52,0	3,1	0,002**
Враждебность	71,0	224,0	88,0	1,9	0,05*
Фобическая тревожность	365,5	229,5	93,5	1,7	0,08
Паранойяльные симптомы	355,5	239,5	103,5	1,3	0,17
Психотизм	395,5	199,5	63,5	2,7	0,006**

U — критерий Манна-Уитни; * — значимость различий на уровне $p < 0,05$; ** — значимость различий на уровне $p < 0,01$; n — число испытуемых в группе.

Сравнение между собой подгрупп РМЖ «ПТСР», РМЖ «Нет ПТСР», РМЖ «Частичное ПТСР» [Тарабрина и др., 2010, с. 93] показало, что пациенты с диагнозом «рак молочной железы» из подгрупп «ПТСР» и «Нет ПТСР» различаются по всем показателям выраженности психопатологических симптомов, измеряемых по методике SCL-90-R, кроме фобической тревожности (слабые различия) и паранойяльных симптомов. При сравнении групп «ПТСР» — «Частичное ПТСР» и «Нет ПТСР» были выявлены только некоторые группы симптомов.

При сравнении больных с высоким уровнем ПТСР (пациенты с диагнозом «рак молочной железы») и больных, оперированных по поводу менингиомы, результаты которых, как было установлено выше, оказались идентичными по признакам ПТСР группе РМЖ «Частичное ПТСР» (табл. 2), статистически значимые различия были получены по соматизации, обсессивности-компульсивности, межличностной сензитивности, депрессии, тревожности, психотизму и общему индексу тяжести симптомов (GSI). Различия не выявлены по показателям фобической тревожности и паранойяльности. Идентичные данные были получены при сравнении подгрупп «ПТСР» и «Частичное ПТСР» на выборке больных с РМЖ [Тарабрина и др., 2010, с. 95]. Все показатели выше в группе РМЖ «ПТСР».

Таблица 3

Сравнение группы пациентов с диагнозом РМЖ (подгруппа «Частичное ПТСР») и пациентов с диагнозом менингиома — МЕН «Частичное ПТСР» по показателям методики ШОВТС и SCL-90-R

Шкалы ШОВТС и SCL-90-R	Сумма рангов РМЖ «Частичное ПТСР», n = 26	Сумма рангов МЕН «Частичное ПТСР», n = 16	U	Z	p-level
Шкалы ШОВТС					
Вторжение	763,0	365,0	229,0	0,43	0,67
Избегание	747,5	380,5	244,5	0,08	0,94
Физиологическая возбудимость	726,0	402,0	230,5	-0,40	0,69
Интегральный показатель	757,5	370,5	234,5	0,30	0,76
Шкалы SCL-90-R					
GSI — общий индекс тяжести симптомов	767,0	361,0	225,0	0,54	0,61
Соматизация	755,5	372,5	236,5	0,2	0,81
Обсессивно-компульсивное расстройство	741,0	387,0	245,0	-0,06	0,95
Межличностная сензитивность	752,0	376,0	240,0	0,16	0,87
Депрессия	762,5	365,5	229,5	0,4	0,67
Тревожность	798,0	330,0	194,0	1,2	0,23
Враждебность	778,5	349,5	213,5	0,7	0,45
Фобическая тревожность	788,0	340,0	204,0	0,9	0,33
Паранойяльные симптомы	763,5	364,5	228,5	0,4	0,67
Психотизм	762,5	365,5	229,5	0,4	0,69

U — критерий Манна-Уитни; * — значимость различий на уровне $p < 0,05$; ** — значимость различий на уровне $p < 0,01$; n — число испытуемых в группе.

Интересно заметить, что при сравнении подгруппы пациентов с РМЖ «Частичное ПТСР» и группы пациентов МЕН «Частичное ПТСР» различий по психопатологической симптоматике не было выявлено ни по одной шкале SCL-90-R (табл. 3). Этот результат указывает на то, что больные, оперированные по поводу менингиомы, представляют собой небольшую, но достаточно гомогенную группу. Их показатели кардинально отличаются от подгруппы РМЖ «ПТСР» и идентичны показате-

лям подгруппы РМЖ «Частичное ПТСР». Далее было проведено сравнение этой группы с подгруппой пациентов с диагнозом РМЖ без выраженных симптомов посттравматического стресса («Нет ПТСР») (табл. 4). Сравнение показало наличие небольших различий, которые были получены по отдельным показателям — межличностной чувствительности, враждебности и общему индексу тяжести симптомов. Эти данные совпадают с результатами сравнения Н.В. Тарабриной с коллегами подгруппы пациентов с диагнозом «рак молочной железы» — «Частичное ПТСР» и «Нет ПТСР» за исключением того, что в исследовании Тарабриной с коллегами различия между подгруппами были выявлены и по тревожности — шкалы «Тревожность» ($p < 0,05$) и «Фобическая тревожность» ($p < 0,01$). Авторы объясняют различия между подгруппой «ПТСР», с одной стороны, и «Частичное ПТСР» и «Нет ПТСР», с другой, по уровню симптомов соматизации, обсессивно-компульсивной симптоматики, депрессии и психотизма тем, «что более низкий уровень этих симптомов косвенно свидетельствует о более успешной внутренней переработке опыта, связанного с болезнью» [Тарабрина и др., 2010, с. 97].

Таблица 4

Сравнение группы пациентов с диагнозом РМЖ (подгруппа «Нет ПТСР») и пациентов с диагнозом менингиома — МЕН «Частичное ПТСР» по показателям методики ШОВТС и SCL-90-R

Шкалы ШОВТС и SCL-90-R	Сумма рангов РМЖ «Нет ПТСР», n = 31	Сумма рангов МЕН «Частичное ПТСР», n = 16	U	Z	p-level
Шкалы ШОВТС					
Вторжение	514,0	389,0	163,0	-1,17	0,24
Избегание	508,0	395,0	157,0	-1,32	0,19
Физиологическая возбудимость	489,5	413,5	138,5	-1,8	0,07
Интегральный показатель	503,5	399,5	152,5	-1,44	0,15
Шкалы SCL-90-R					
GSI — общий индекс тяжести симптомов	479,0	424,0	128,0	-2,1	0,04*
Соматизация	539,5	363,5	188,5	-0,5	0,62
Обсессивно-компульсивное расстройство	489,0	414,0	138,0	-1,8	0,07
Межличностная чувствительность	477,0	426,0	126,0	-2,1	0,03*
Депрессия	506,5	396,5	155,5	-1,4	0,18

Шкалы ШОВТС и SCL-90-R	Сумма рангов РМЖ «Нет ПТСР», n = 31	Сумма рангов МЕН «Частичное ПТСР», n = 16	U	Z	p-level
Тревожность	535,0	368,0	184,0	-0,6	0,54
Враждебность	478,5	424,5	127,5	-2,1	0,04*
Фобическая тревожность	493,5	409,5	142,5	-1,9	0,09
Паранойяльные симптомы	488,5	414,5	137,5	-1,8	0,07
Психотизм	501,0	402,0	150,0	-1,5	0,14

U — критерий Манна-Уитни; * — значимость различий на уровне $p < 0,05$; ** — значимость различий на уровне $p < 0,01$; n — число испытуемых в группе; Z имеют отрицательные значения, т.е. медианы в группе Мен «Частичное ПТСР» выше, чем в группе РМЖ «Нет ПТСР».

Полученные в исследовании данные позволяют сделать вывод, что первая гипотеза подтверждается частично: небольшая часть пациентов с диагнозом «менингиома» имеет высокий уровень ПТС, однако вследствие малочисленности этой группы сравнение уровня психопатологической симптоматики не позволило обнаружить различия между подгруппами пациентов с разным уровнем ПТС с диагнозом «менингиома», поэтому эта часть гипотезы не подтвердилась.

Вторая гипотеза о том, что уровень психопатологической симптоматики не различается у пациентов с разными онкологическими заболеваниями и одним и тем же уровнем ПТСР, подтвердилась прежде всего при сравнении данных пациентов с диагнозом РМЖ «Частичное ПТСР» и диагнозом МЕН «Частичное ПТСР».

Обсуждение результатов и выводы

Проведенное нами исследование, объектом которого стали пациенты, оперированные по поводу менингиомы, показало, что у части исследуемой выборки в постоперационном периоде наблюдается высокий уровень ПТС. Было показано, что подгруппы пациентов с высоким и низким уровнем интегрального показателя методики ШОВТС статистически значимо отличаются по таким признакам ПТС как вторжение, избегание, физиологическая возбудимость. Сравнение подгрупп по психопатологической симптоматике не позволило выявить различия по шкалам SCL-90-R.

Решение о сопоставлении данных группы пациентов с диагнозом «менингиома» с пациентами с диагнозом «рак молочной железы» возникло при выявлении визуального сходства профилей психопатологи-

ческой симптоматики группы РМЖ «Частичное ПТСР» и обследуемой группы. Подтверждение этого сходства было получено путем попарного сравнения результатов по методике ШОВТС и SCL-90-R пациентов с диагнозом «менингиома» и трех подгрупп пациентов с РМЖ («ПТСР», «Частичное ПТСР», «Нет ПТСР»).

Отсутствие различий по психопатологической симптоматике между пациентами с диагнозом «менингиома» и подгруппой РМЖ «Частичное ПТСР» подтверждают предположение о том, что обследуемая группа по своим особенностям в большей степени характеризуется частичным ПТСР. Возможно, это связано со спецификой заболевания и с мощнейшими психологическими защитами, что, безусловно, должно быть проверено на большей по объему выборке (данное исследование продолжается).

Отличие группы с диагнозом «менингиома» от подгруппы РМЖ «ПТСР» по тем же шкалам, что и при сравнении этой подгруппы с подгруппой РМЖ «Частичное ПТСР», подтверждает сходство реакций больных с разными онкологическими заболеваниями на болезнь. При частичном ПТСР это менее выраженные враждебность, подозрительность, страх потери независимости, а также стремление к изоляции, уединению, обособлению, чем при высоком ПТСР. Выявленные особенности указывают на изменение в социальной позиции личности, которые вызваны причинами соматического характера (появлением различных дефектов, прежде всего, лица), а также психологическими причинами (страхом рецидива болезни, чувством потери самостоятельности). Сравнение результатов настоящего исследования с данными, полученными коллективом авторов [Тарабрина и др., 2010] позволяет на этом этапе работы выделить особенности, характерные для обеих групп больных — пациентов с диагнозами РМЖ и менингиома. Группа пациентов с диагнозом «менингиома», имея в целом симптомы частичного ПТСР, также существенно отличается по психопатологической симптоматике от подгруппы РМЖ «ПТСР». Отличие по показателям межличностной сензитивности и враждебности от подгруппы РМЖ «Нет ПТСР» показывает, что чувствительность пациентов, оперированных по поводу менингиомы, к качеству социальных контактов, по-видимому, остается ключевой психологической проблемой, которая связана не только с внешними дефектами лица, но и с тревогой по поводу сохранности когнитивных функций.

Вывод

У части пациентов, перенесших операцию по поводу доброкачественной опухоли головного мозга — менингиомы, появляются признаки посттравматического стресса, которые в основном характеризуются ча-

стичным ПТСР. Этот вывод подтверждается схожестью обследуемой группы по психопатологическим симптомам с пациентами с группой РМЖ, имеющими частичное ПТСР, и отличием обследуемой группы от пациентов с РМЖ, имеющих высокий и низкий уровень посттравматического стресса.

ЛИТЕРАТУРА

- Бочаров А.А.* Оптимизация диагностических и лечебных мероприятий при больших и гигантских парасагиттальных менингиомах. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2011.
- Козлов А.В.* Результаты хирургического лечения внутричерепных менингиом (продолженный рост и прогнозирование). Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1988.
- Лукшина А.А., Ураков С.В., Лошаков В.А.* Психические нарушения при внутри-мозговых опухолях височных долей // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011. Т. 111. № 7. С. 25—29.
- Лучевые методы в лечении внутричерепных менингиом: история и современность // Вопросы нейрохирургии / А.В. Козлов, А.В. Голанов, А.А. Бочаров, Н.В. Ласунин. 2010. № 1. С. 58—61.
- Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы / Н.В. Тарабрина, О.А. Ворона, М.С. Курчакова, М.А. Падун, Н.Е. Шаталова. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010. 175 с.
- Проблема менингиом: анализ 80-летнего материала Института нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко и перспективы // Вопросы нейрохирургии / А.Н. Коновалов, А.В. Козлов, В.А. Черехаев, В.Н. Шиманский, С.В. Тяншин, В.Н. Корниенко, И.Н. Пронин, А.В. Голанов, Г.Л. Кобяков, Л.В. Шишкина, М.В. Рыжова, Д.А. Гольбин, М.В. Галкин, А.А. Бочаров, Н.В. Ласунин. 2013. № 1. С. 12—23.
- Психопатологические проявления множественных менингиом правого полушария // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика / А.А. Лукшина, О.С. Зайцев, И.А. Нагорская, Д.Ю. Усачев, В.А. Лукшин. 2015. Т. 7. № 2. С. 22—27.
- Тарабрина Н.В.* Практическое руководство по психологии посттравматического стресса / М.: Изд-во «Когито-Центр», 2007.
- Тарабрина Н.В.* Посттравматический стресс у больных угрожающими жизни (онкологическими) заболеваниями // Журнал консультативной психологии и психотерапии. 2014. № 1. С. 40—63.
- Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А.* Психологические последствия влияния на человека опасного для жизни заболевания: анализ случая // Естественно-научный метод в современной психологии / Под ред. В.А. Барабанщикова. М.: Изд-во «Институт психологии РАН». 2014. С. 873—879.
- Харламенкова Н.Е., Тарабрина Н.В., Никитина Д.А.* Метод триад при психологическом исследовании сложных объектов // Экспериментальная психология (в печ.).

- Чудакова И.В. Качество жизни больных зрелыми немозговыми интракраниальными опухолями. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2009.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder (4 ed.) / Washington, DC. 1994.
- Assefa D., Haque F. N., Wong A. Case report: Anxiety and fear in a patient with meningioma compressing the left amygdala // *Neurocase*. 2012. Vol. 18, N 2. Pp. 91—94.
- Buchanan D.C., Abram H.S. Psychotic behavior resulting from a lateral ventricle meningioma: A case report // *Diseases of the Nervous System*. 1975. Vol. 36, N 7. Pp. 400—401.
- Derogatis L.R. The SCL-90-R / Baltimore: Clinical Psychometric Research, 1975.
- Fotopoulou A., Solms M., Turnbull O. Wishful reality distortions in confabulation: A case report // *Neuropsychologia*. 2004. Vol. 42, N 6. Pp. 727—744.
- Ghadirian A.M., Gautier S., Bertrand S. Anxiety attacks in a patient with a right temporal lobe meningioma // *Journal of Clinical Psychiatry*. 1986. Vol. 47, N 5. Pp. 270—271.
- Greenberg L.B., Mofson R., Fink M. Prospective electroconvulsive therapy in a delusional depressed patient with a frontal meningioma: A case report // *The British Journal of Psychiatry*. 1988. Vol. 153. Pp. 105—107.
- Kangas M., Williams J.R., Smee R.I. Benefit finding in adults treated for benign meningioma brain tumours: Relations with psychosocial wellbeing // *Brain Impairment*. 2011. Vol. 12, N 2. P. 105—116.
- Kangas M., Williams J.R., Smee R.I. The association between post-traumatic stress and health-related quality of life in adults treated for a benign meningioma // *Applied Research in Quality of Life*. 2012. Vol. 7, N 2. Pp. 163—182.
- Late neurocognitive sequelae in patients with WHO grade I meningioma // *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* / M. Dijkstra, D. van Nieuwenhuizen, L.J.A. Stalpers, M. Wumkes, M. Waagemans, W.P. Vandertop, J.J. Heimans, S. Leenstra, C.M. Dirven, J.C. Reijneveld, M. Klein. 2009. Vol. 80, N 8. Pp. 910—915.
- Mascellino A.M., Lay C.L., Newman L.C. Stabbing headache as the presenting manifestation of intracranial meningioma: A report of two patients // *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2001. Vol. 41, N 6. Pp. 599—601.
- Mena C. Presentacion y discusion del caso de la paciente M. E. D., HC No. 44216, Servicio de la Sala «Concha Garcia» // Presentation and discussion of the case history of patient MED / *Revista del Hospital Psiquiatrico de La Habana*. 1982. Vol. 23, N 2. Pp. 291—302.
- Meningioma and psychiatric symptoms: A case report and brief review // *Annals of Clinical Psychiatry* / S. Madhusoodanan, S. Patel, J. Reinharth, A. Hines, M. Serpe. 2015. Vol. 27, N 2. Pp. 126—133.
- Oppler W. Manic psychosis in a case of parasagittal meningioma // *Archives of Neurology & Psychiatry*. 1950. Vol. 64. Pp. 417—430.
- Schwartz A.C., Afejuku A., Garlow S.J. Bifrontal meningioma presenting as postpartum depression with psychotic features // *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*. 2013. Vol. 54, N 2. Pp. 187—191.

- The course of meningioma of the olfactory groove in a patient a 7-year long psychiatric history: Case study, and diagnostic difficulties // *Psychogeriatrics Polska* / J. Radzik, A. Zawadzka, J. Leszek, M. Mis, A. Druszcz. 2009. Vol. 6, N 3. Pp. 135—139.
- The effect of brain tumour laterality on anxiety levels among neurosurgical patients // *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* / A. Mainio, H. Hakko, A. Niemela, T. Tuurinkoski, J. Koivukangas, P. Rasanen. 2003. Vol. 74, N 9. Pp. 1278—1282.
- Tsai M.C., Huang T.L.* Generalized anxiety disorder in a patient prior to the diagnosis of left temporal lobe meningioma: A case report // *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2009. Vol. 33, N 6. Pp. 1082—1083.

THE LEVEL OF POST-TRAUMATIC STRESS AND PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS IN PATIENTS WITH MENINGIOMA AFTER SURGICAL TREATMENT²

N.V. TARABRINA, N.E. KHARLAMENKOVA, D.A. NIKITINA

The article is devoted to the empirical study of specificity and posttraumatic psychopathology in patients were operated for meningiomas. Subjects: 16 patients with meningiomas (women aged from 27 to 67 years, the average age is 52). The survey was conducted 6 months after surgical treatment in Burdenko Research Institute of Neurosurgery. Methods: Impact of Event Scale — IES-R; Symptom Check List-90-Revised, SCL-90-R. Results: Some patients who were undergone surgery for benign brain tumor (i.e. meningioma) have signs of post-traumatic stress; their availability indicates on partial PTSD. This conclusion is supported by the similarity between the surveyed group of psychopathological symptoms and patients with breast cancer and partial PTSD, and by the difference between the surveyed group and patients breast cancer and high and low levels of post-traumatic stress. The empirical research has been continuing.

Keywords: oncopsychology, traumatic stress, post-traumatic stress, meningioma, psychological consequences of experienced stress.

- Bocharov A.A.* Optimizatsiia diagnosticheskikh i lechebnykh meropriyatii pri bol'shikh i gigantskikh parasagittal'nykh meningiomakh. Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Moscow, 2011.
- Kozlov A.V.* Rezul'taty khirurgicheskogo lecheniia vnutricherepnykh meningiom (prodolzhennyi rost i prognozirovaniie). Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. Moscow, 1988.
- Lukshina A.A., Urakov S.V., Loshakov V.A.* Psikhicheskies narusheniia pri vnutrimozgovykh opukholiakh visochnykh dolei. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 2011. T. 111. № 7. Pp. 25—29.

² The investigation is supported by the Russian Foundation for Basic Research (project № 14-06-00236a).

- Luchevye metody v lechenii vnutricherepnykh meningiom: istoriia i sovremennost'. Voprosy neirokhirurgii / A.V. Kozlov, A.V. Golanov, A.A. Bocharov, N.V. Lasunin. 2010. № 1. Pp. 58—61.
- Onkopsikhologiia: posttravmaticheskii stress u bol'nykh rakom molochnoi zhelezy / N.V. Tarabrina, O.A. Vorona, M.S. Kurchakova, M.A. Padun, N.E. Shatalova. Moscow: Izd-vo "Institut psikhologii RAN", 2010. 175 p.
- Problema meningiom: analiz 80-letnego materiala Instituta neirokhirurgii im. N.N. Burdenko i perspektivy. Voprosy neirokhirurgii / A.N. Kononov, A.V. Kozlov, V.A. Cherekaev, V.N. Shimanskii, S.V. Taniashin, V.N. Kornienko, I.N. Pronin, A.V. Golanov, G.L. Kobiakov, L.V. Shishkina, M.V. Ryzhova, D.A. Gol'bin, M.V. Galkin, A.A. Bocharov, N.V. Lasunin. 2013. № 1. Pp. 12—23.
- Psikhopatologicheskie proiavleniia mnozhestvennykh meningiom pravogo polusharii. Nevrologiia, neiropsikhiatriia, psikhosomatika / A.A. Lukshina, O.S. Zaitsev, I.A. Nagorskaia, D.Iu. Usachev, V.A. Lukshin. 2015. T. 7. № 2. Pp. 22—27.
- Tarabrina N.V. Prakticheskoe rukovodstvo po psikhologii posttravmaticheskogo stressa / Moscow: Izd-vo "Kogito-Tsentr", 2007.
- Tarabrina N.V. Posttravmaticheskii stress u bol'nykh ugrozhaiushchimi zhizni (onkologicheskimi) zabolevaniiami. Zhurnal konsul'tativnoi psikhologii i psikhoterapii. 2014. № 1. Pp. 40—63.
- Kharlamenkova N.E., Nikitina D.A. Psikhologicheskie posledstviia vliianiia na cheloveka opasnogo dlia zhizni zabolevaniia: analiz sluchaia. Estestvenno-nauchnyi metod v sovremennoi psikhologii / Pod red. V.A. Barabanshchikova. Moscow: Izd-vo "Institut psikhologii RAN". 2014. Pp. 873—879.
- Kharlamenkova N.E., Tarabrina N.V., Nikitina D.A. Metod triad pri psikhologicheskom issledovanii slozhnykh ob"ektov. Eksperimental'naia psikhologiia (v pech.).
- Chudakova I.V. Kachestvo zhizni bol'nykh zrelymi vnemozgovymi intrakranial'nymi opukholiami. Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. Moscow, 2009.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder (4 ed.) / Washington, DC. 1994.
- Assefa D., Haque F. N., Wong A. Case report: Anxiety and fear in a patient with meningioma compressing the left amygdale. Neurocase. 2012. Vol. 18, № 2. Pp. 91—94.
- Buchanan D.C., Abram H.S. Psychotic behavior resulting from a lateral ventricle meningioma: A case report. Diseases of the Nervous System. 1975. Vol. 36, № 7. Pp. 400—401.
- Derogatis L.R. The SCL-90-R / Baltimore: Clinical Psychometric Research, 1975.
- Fotopoulou A., Solms M., Turnbull O. Wishful reality distortions in confabulation: A case report. Neuropsychologia. 2004. Vol. 42, N 6. Pp. 727—744.
- Ghadirian A.M., Gautier S., Bertrand S. Anxiety attacks in a patient with a right temporal lobe meningioma. Journal of Clinical Psychiatry. 1986. Vol. 47, N 5. Pp. 270—271.
- Greenberg L.B., Mofson R., Fink M. Prospective electroconvulsive therapy in a delusional depressed patient with a frontal meningioma: A case report. The British Journal of Psychiatry. 1988. Vol. 153. Pp. 105—107.
- Kangas M., Williams J.R., Smee R.I. Benefit finding in adults treated for benign meningioma brain tumours: Relations with psychosocial wellbeing. Brain Impairment. 2011. Vol. 12, № 2. Pp. 105—116.

- Kangas M., Williams J.R., Smee R.I.* The association between post-traumatic stress and health-related quality of life in adults treated for a benign meningioma. *Applied Research in Quality of Life*. 2012. Vol. 7, N 2. Pp. 163—182.
- Late neurocognitive sequelae in patients with WHO grade I meningioma. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* / M. Dijkstra, D. van Nieuwenhuizen, L.J.A. Stalpers, M. Wumkes, M. Waagemans, W.P. Vandertop, J.J. Heimans, S. Leenstra, C.M. Dirven, J.C. Reijneveld, M. Klein. 2009. Vol. 80, № 8. Pp. 910—915.
- Mascellino A.M., Lay C.L., Newman L.C.* Stabbing headache as the presenting manifestation of intracranial meningioma: A report of two patients. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2001. Vol. 41, № 6. Pp. 599—601.
- Mena C.* Presentacion y discusion del caso de la paciente M. E. D., HC No. 44216, Servicio de la Sala "Concha Garcia" . Presentation and discussion of the case history of patient MED / *Revista del Hospital Psiquiatrico de La Habana*. 1982. Vol. 23, N 2. Pp. 291—302.
- Meningioma and psychiatric symptoms: A case report and brief review. *Annals of Clinical Psychiatry* / S. Madhusoodanan, S. Patel, J. Reinharth, A. Hines, M. Serpe. 2015. Vol. 27, N 2. Pp. 126—133.
- Oppler W.* Manic psychosis in a case of parasagittal meningioma. *Archives of Neurology & Psychiatry*. 1950. Vol. 64. Pp. 417—430.
- Schwartz A.C., Afejuku A., Garlow S.J.* Bifrontal meningioma presenting as postpartum depression with psychotic features. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*. 2013. Vol. 54, N 2. Pp. 187—191.
- The course of meningioma of the olfactory groove in a patient a 7-year long psychiatric history: Case study, and diagnostic difficulties. *Psychogeriatrica Polska* / J. Radzik, A. Zawadzka, J. Leszek, M. Mis, A. Druszcz. 2009. Vol. 6, N 3. Pp. 135—139.
- The effect of brain tumour laterality on anxiety levels among neurosurgical patients. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* / A. Mainio, H. Hakko, A. Niemela, T. Tuurinkoski, J. Koivukangas, P. Rasanen. 2003. Vol. 74, N 9. Pp. 1278—1282.
- Tsai M.C., Huang T.L.* Generalized anxiety disorder in a patient prior to the diagnosis of left temporal lobe meningioma: A case report. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2009. Vol. 33, N 6. Pp. 1082—1083.

ЭВОЛЮЦИЯ ОНЛАЙН-РИСКОВ: ИТОГИ ПЯТИЛЕТНЕЙ РАБОТЫ ЛИНИИ ПОМОЩИ «ДЕТИ ОНЛАЙН»

Г.У. СОЛДАТОВА, В.Н. ШЛЯПНИКОВ, М.А. ЖУРИНА

В статье приводится качественный и количественный анализ обращений детей и их родителей на Линию помощи «Дети Онлайн» по вопросам столкновения с различными проблемами в Интернете, а также при использовании цифровых устройств. Проанализировано 7236 звонков и 3117 электронных обращений. Показана динамика обращений за пять лет работы по основным типам онлайн-рисков: коммуникационные, контентные, технические, потребительские, а также по рискам, связанным с чрезмерным использованием Интернета. На основании анализа делаются выводы о частоте столкновения, значимости, осведомлённости, факторах уязвимости, а также эволюции основных онлайн-угроз для детей и подростков.

Ключевые слова: Интернет, информационно-коммуникационные технологии (ИКТ), онлайн-риски, информационная безопасность, дистанционное консультирование, кибербуллинг, секстинг, интернет-зависимость.

Введение

Риск — неотъемлемая часть человеческого существования и необходимое условие развития личности [Бек, 2000]. Сегодня и в отечественной, и зарубежной науке всё больше внимания уделяется проблеме онлайн-рисков, возникающих в процессе деятельности и общения в Интернете [Finkelhor, 2012; Livingstone, 2012; Soldatova, Zotova, 2013]. По данным исследования Фонда Развития Интернет (прим.: далее — Фонда), как минимум, половина российских школьников в 2013 г. сталкивались с различными онлайн-рисками [Солдатова, Нестик, Рассказова и др., 2013]. Спектр проблем, с которыми дети и подростки имеют дело в Сети, довольно широкий: от поломок программ и устройств до преследований и сексуальных домогательств. По результатам исследования Фонда, современные школьники достаточно сильно переживают столкновение с онлайн-рисками, но при этом взрослые крайне плохо осведомлены об этих проблемах [Солдатова, Нестик, Рассказова и др., 2013]. В связи с этим перед специалистами встаёт новая профессиональная задача — оказание психологической, педагогической и инфор-

мационной поддержки детям и подросткам, столкнувшимся с онлайн-рисками.

Для решения этой задачи в 2009 году по инициативе Еврокомиссии стартовала программа «Безопасный Интернет», в рамках которой в 31 европейской стране были созданы специализированные центры, ответственные за обеспечение безопасного и ответственного использования детьми Интернета и мобильных устройств (Safer Internet Centres). Работа центров реализуется по ряду направлений: информирование населения о потенциальных рисках и способах обеспечения безопасности в Интернете; персональное консультирование детей, родителей и учителей о том, как обеспечить безопасность в Сети; мониторинг противоправного контента в Интернете и СМИ.

В России эти функции выполняет Линия помощи «Дети Онлайн», созданная в рамках Года безопасного Интернета в 2009 году Фондом Развития Интернет. В настоящее время работа Линии помощи осуществляется сотрудниками Фонда и факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова при поддержке компаний МТС и МГТС. За первые 5 лет работы операторами Линии помощи было принято 7236 звонков, обработано более 3117 электронных обращений.

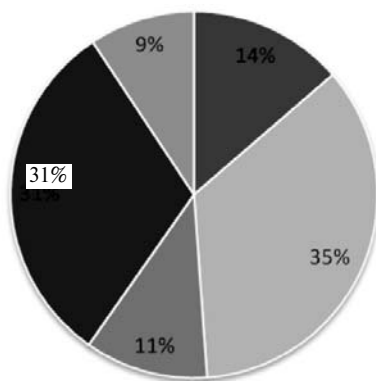
Линия помощи «Дети онлайн» — это не только служба психологического консультирования, но и уникальный источник информации о рисках, с которыми юные пользователи сталкиваются в Сети. Данные эмпирических опросов позволяют измерить частоту столкновения детей и подростков с различными проблемами в Интернете, но этого недостаточно для того, чтобы оценить их последствия. В то же время анализ обращений на Линию помощи дает возможность увидеть результаты столкновения с онлайн-угрозами, определить их реальный диапазон и динамику. В связи с нами был проведен качественный и количественный анализ обращений, поступивших на Линию помощи за 5 лет ее существования.

На основе анализа эмпирических данных исследований и обращений на Линию помощи, Фондом создана рабочая классификация онлайн-рисков, которая использовалась при классификации обращений. Все онлайн-риски разделяются на 4 категории: коммуникационные, технические, контентные и потребительские риски, соответствующие четырём основным сферам деятельности в Интернете. В отдельную категорию выделяются обращения, связанные с интернет-зависимостью [Солдатова, Нестик, Рассказова и др., 2013]. Также в соответствии с содержанием запроса обращения были разделены ещё на две категории: запросы по факту столкновения с проблемой и запросы на профилактику онлайн-рисков. По каждой категории обращений подсчитывались частоты как в абсолютных, так и в относительных показателях. Помимо

этого, была проанализирована динамика обращений на Линию помощи за 5 лет, а также проведено сравнение половозрастных групп (совершеннолетние и несовершеннолетние, мужчины и женщины).

Коммуникация: зона повышенной опасности

По данным исследований Фонда, основное место, где дети и подростки сталкиваются с коммуникационными рисками, — это социальные сети. Хотя по данным опросов российские школьники сталкиваются с коммуникационными рисками существенно реже, чем с контентными или техническими, проблемы, возникшие в процессе онлайн общения, — это основная причина обращений на Линию помощи «Дети Онлайн» [Солдатова, Нестик, Рассказова и др., 2013]. На долю таких обращений приходится более трети всех звонков и сообщений (35 %) (рис. 1). Данный факт позволяет говорить о том, что столкновение с коммуникационными рисками — наиболее серьёзная проблема для детей и подростков и, по сравнению с другими типами онлайн-рисков, чаще причиняет ощутимый вред. Отчасти это обусловлено тем, что проблемы, связанные с онлайн-общением, не имеют простых и надёжных технических решений. Антивирусы и программы фильтрации не могут защитить ребёнка от травли или сексуальных домогательств. Кроме того, с коммуникационными рисками сложнее справиться самостоятельно.



■ Контентные ■ Коммуникационные ■ Потребительские ■ Технические ■ Зависимость

Рис. 1. Доля обращений по основным типам онлайн-рисков на Линию помощи «Дети Онлайн» за 2010—2014 годы

Наиболее распространённые виды коммуникационных рисков — это кибертравля или кибербуллинг (16 % всех обращений по коммуни-

кационным рискам) и различные формы сексуальных домогательств: секстинг, грумминг, онлайн-знакомства (28 % всех обращений по коммуникационным рискам) (рис. 2).



Рис. 2. Доля обращений по основным видам коммуникационных онлайн-рисков на Линию помощи «Дети Онлайн» за 2010—2014 годы

Коммуникационные риски — один из наиболее быстро эволюционирующих типов онлайн-рисков. Каждый год на Линию помощи поступают обращения в связи с новыми видами коммуникационных угроз, которые связаны с репутацией в социальных сетях, общением с незнакомцами, участием в потенциально опасных социальных группах. На их долю приходится 34 % всех обращений по коммуникационным рискам, причём от детей они исходят примерно в два раза чаще, чем от взрослых. Статистика Линии помощи показывает, что большая часть родителей недооценивает потенциальные угрозы, связанные с общением в Сети.

С годами количество обращений, связанных с коммуникационными рисками, неуклонно растёт — за 5 лет число таких обращений выросло в 12 раз. Если в 2010 году количество запросов, связанных с коммуникационными рисками, составляло около 20 % от общего числа запросов, то в 2014 году их доля возросла до 50 % (рис. 3). Увеличение числа обращений происходит в основном за счёт детей и подростков. В 2014 году

количество обращений несовершеннолетних превысило количество обращений взрослых в два раза. Учитывая динамику обращений на Линию помощи, а также существующие тренды развития социальных сетей, можно предположить, что в ближайшей перспективе количество столкновений детей с коммуникационными рисками будет расти.

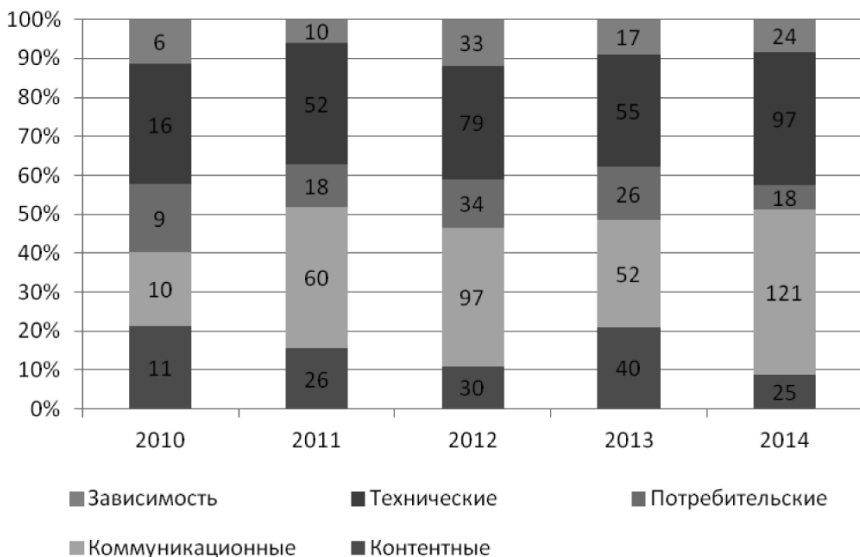


Рис. 3. Динамика обращений по основным типам онлайн-рисков на Линию помощи «Дети Онлайн» за 2010—2014 годы

Технические аспекты: зона контролируемых рисков

Понятие технических рисков подразумевает повреждение устройств, имеющих на них информации и программного обеспечения, а также кражу персональных данных в результате действия вредоносных программ [Солдатова, Рассказова, Лебешева и др., 2013].

По данным исследований Фонда, это один из наиболее распространённых онлайн-рисков. Ежегодно с ним сталкивается, как минимум, половина российских школьников [Солдатова, Нестик, Рассказова и др., 2013]. На долю технических рисков приходится примерно треть всех обращений на Линию помощи (31 %), и это соотношение сохраняется на протяжении всех 5 лет существования проекта (рис. 3).

Общее количество обращений по техническим рискам растёт пропорционально росту аудитории Линии помощи: за 5 лет оно увеличилось примерно в 6 раз. Динамика различных видов технических рисков

неоднородна. Число обращений, связанных со столкновением с вредоносными программами, постепенно снижается, с освоением новых устройств и приложений — растет, а со взломом аккаунтов и кражей персональных данных — остается постоянным.

Один из наиболее распространенных видов технических рисков — столкновение с вредоносными программами. По данным исследований Фонда, более трети российских школьников (37 %) ежегодно сталкиваются с этой проблемой в Сети (рис. 4). По статистике Линии помощи, на долю звонков и сообщений по этой проблеме приходится почти четверть (23 %) всех обращений по техническим рискам. Чаще всего абоненты Линии помощи сталкиваются с вредоносными программами при скачивании нелегального контента (приложений, игр, мультимедийных файлов и т.д.). Однако в некоторых случаях ситуация может быть сложнее — так, с помощью вредоносных программ мошенники могут вымогать у пользователей деньги, запугивая их угрожающими сообщениями.

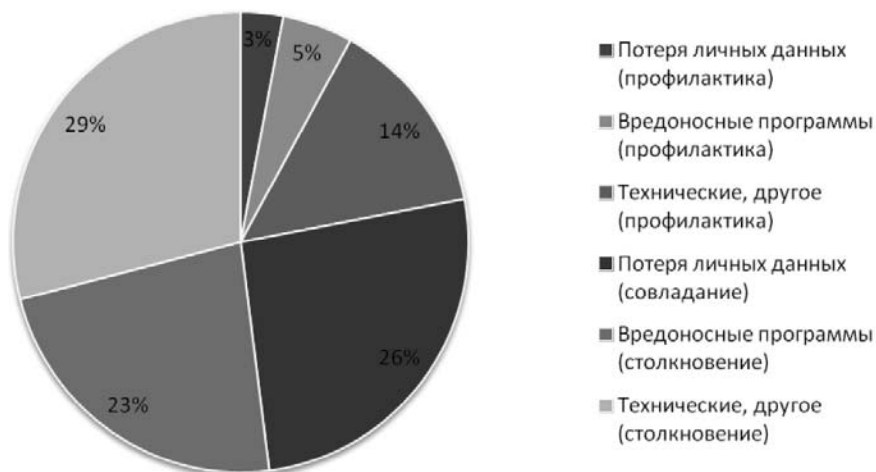


Рис. 4. Доля обращений по основным видам технических онлайн-рисков на Линию помощи «Дети Онлайн» за 2010—2014 годы

Хотя в 2014 году в Интернете было обнаружено более 123 млн. новых уникальных вредоносных объектов, количество обращений по данному типу рисков начиная с 2012 года постепенно снижается [Гарнаева, Чебышев, Маркушин и др., 2014]. Этот факт может свидетельствовать о росте осведомленности российских пользователей об этих угрозах и способах защиты от них. Как показывают результаты исследований

Фонда, 83 % родителей, имеющих детей подросткового возраста, используют антивирусные программы [Солдатова, Рассказова, 2014; Солдатова, Нестик, Рассказова и др., 2013].

Ещё один распространённый вид технических рисков — взлом аккаунтов и потеря персональной информации. Каждое четвертое обращение по техническим рискам на Линию помощи связано с кражей личных данных. Знание простых правил безопасности в большинстве случаев позволило бы избежать этой проблемы, однако далеко не все российские подростки осознают необходимость защиты персональных данных и ведут себя в Сети достаточно легкомысленно. Исследования Фонда говорят о том, что каждый третий российский школьник готов поделиться личной информацией о себе в социальных сетях, и почти половина из них давала свой пароль друзьям или родственникам [Солдатова, Олькина, 2015].

С 2010 по 2014 год в 10 раз выросло число обращений детей и взрослых по проблемам, возникающим в процессе освоения новых устройств, приложений и онлайн-сервисов. Сегодня оно составляет около трети (29 %) всех обращений по техническим рискам (рис. 5).

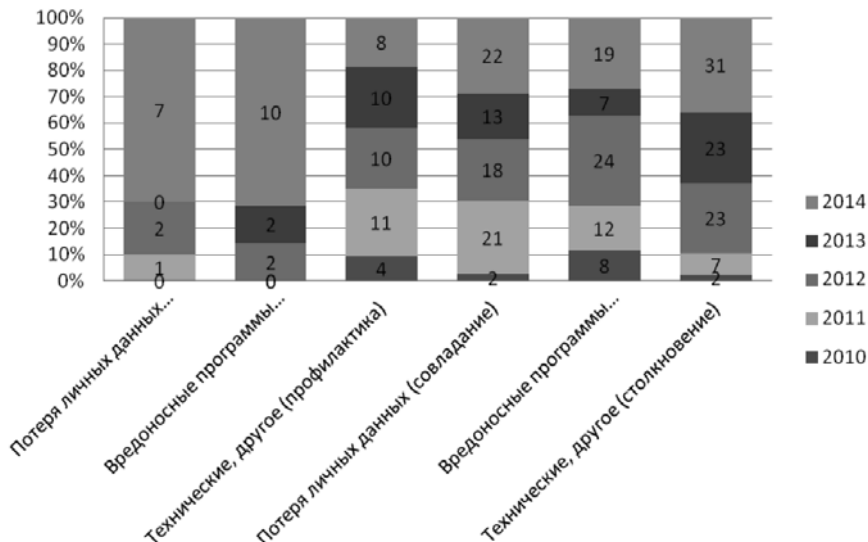


Рис. 5. Динамика обращений по основным видам технических онлайн-рисков на Линию помощи «Дети Онлайн» за 2010—2014 годы

Неопытному пользователю бывает трудно понять, в какую именно службу поддержки ему необходимо обратиться в той или иной ситуа-

ции. «У меня не работает Интернет, я не понимаю, что происходит, и не знаю, что мне делать, к кому обратиться?» — примерно с такими запросами нередко приходится работать операторам Линии помощи. Основная причина таких обращений — низкий уровень цифровой компетентности пользователей. Главная задача операторов в такой ситуации — помочь преодолеть чувство беспомощности, разобраться в проблеме и найти возможные пути решения.

С вопросами технического характера на Линию помощи обращаются и дети, и взрослые. При этом взрослые довольно часто просят помочь в решении проблемы, с которой столкнулись они сами, а не дети. Такая картина характерна именно для этого типа рисков. И дети, и родители, как правило, обращаются на Линию уже после возникновения проблемы (80 % случаев). Запросов на профилактику по данному типу рисков относительно мало, и исходят они в 1,5 раза чаще от детей, чем от взрослых.

За последние 3 года количество обращений от детей, связанных с техническими типами рисков, возросло почти в 10 раз. Школьники активнее, чем их родители, осваивают новые устройства и приложения, чувствуют себя в Интернете более уверенными и самостоятельными, поэтому они оказываются в состоянии сами позаботиться о своей безопасности. Все вместе это позволяет охарактеризовать техническую сферу как зону относительно контролируемых рисков.

Контент: зона повышенного внимания родителей

Контентные риски возникают в результате использования размещенных в Сети материалов, содержащих незаконную или потенциально опасную информацию. Столкновение с негативным контентом — самый распространенный тип онлайн-рисков.

По данным исследований Фонда, каждый второй школьник сталкивается в Сети с негативным контентом (52 %) [Солдатова, Нестик, Рассказова и др., 2013]. Тем не менее, за 5 лет с этой проблемой к операторам Линии помощи обратились всего 28 детей, что составляет менее 1 % всех обращений. Как можно объяснить это расхождение? Очевидно, что дети и взрослые по-разному воспринимают и оценивают контентные риски. Для школьников характерен упрощенно-положительный образ Интернета, поэтому они склонны недооценивать негативное влияние информации, размещенной в Сети [Солдатова, Нестик, Рассказова и др., 2013]. Взрослые, напротив, склонны переоценивать угрозы, исходящие от онлайн-контента: каждый десятый родитель обращается на Линию помощи с вопросом о контентных рисках (11 %) (рис. 6).

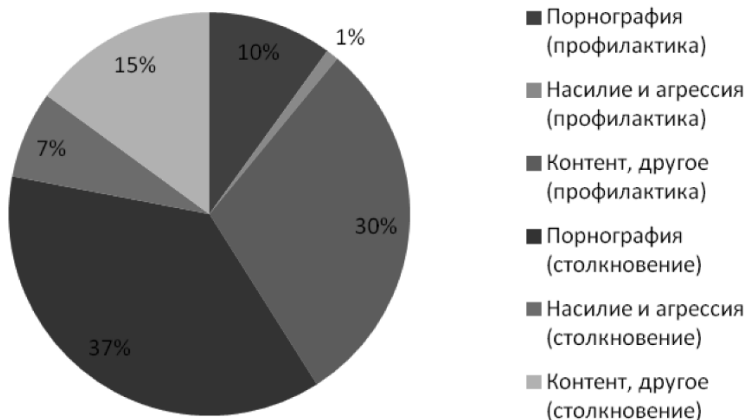


Рис. 6. Доля обращений по основным видам контентных онлайн-рисков на Линию помощи «Дети Онлайн» за 2010–2014 годы

Более трети обращений на Линию помощи по контентным рискам связано с порнографией (37 %) (рис. 6). По данным опросов Фонда, в 2013 году каждый третий подросток (35 %) хотя бы раз сталкивался в Сети с материалами сексуального характера [Солдатова, Нестик, Рассказова и др., 2013]. Тем не менее школьники крайне редко обращаются с этой проблемой на Линию помощи. Как правило, их запросы содержат обеспокоенность не за себя, а за своих младших братьев и сестер. Большинство обращений по данному вопросу поступает от родителей.

Обращения по другим видам негативного контента довольно редки. На долю информации, содержащей жестокость, насилие и агрессию, приходится всего 7 % обращений по контентным рискам, хотя, по данным опросов, как минимум треть школьников хотя бы однажды сталкивалась с этим видом контента в Интернете. 17 % обращений касаются пропаганды наркотиков, алкоголя, сигарет, самоубийств, опасных способов похудения.

Почему одни виды контента беспокоят родителей больше, чем другие? Хотя школьники примерно с одинаковой частотой сталкиваются в Сети как с порнографией, так и с информацией, содержащей жестокость, насилие и агрессию, количество обращений на Линию помощи, которые касаются материалов сексуального характера, почти в 6 раз превышает число сообщений про жестокость и насилие (рис. 7). Возможно, это связано с тем, что представления родителей о негативном контенте основываются на стереотипах общественного сознания. Кстати, пик обращений по контентным рискам пришелся на 2013 год, когда в российском обществе обсуждался Федеральный закон «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию».

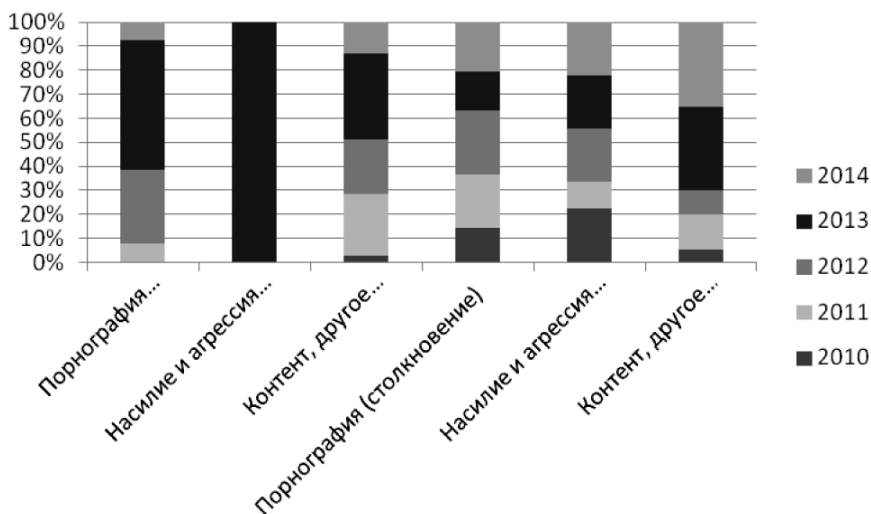


Рис. 7. Динамика обращений по основным видам контентных онлайн-рисков на Линию помощи «Дети Онлайн» за 2010—2014 годы

Родители также часто обращаются по вопросам технической защиты от вредоносной информации. На их долю приходится почти половина обращений на Линию помощи, связанных с контентными рисками (41%), что примерно в два раза выше, чем по другим типам онлайн-угроз.

Хотя сегодня существуют технические решения, позволяющие хотя бы частично оградить детей от нежелательного контента, лишь 8% взрослых знают о программах контентной фильтрации и родительского контроля [Солдатова, Рассказова, 2014; Солдатова, Нестик, Рассказова и др., 2013]. Опыт работы Линии помощи свидетельствует: взрослых, прежде всего, беспокоит контент, затрагивающий темы, о которых они не готовы говорить со своими детьми. Родителям проще незаметно следить за ребёнком, используя программы контроля, чем поговорить с ребёнком на «запретные темы».

Судя по количеству обращений на Линию помощи, вред от столкновения с негативным контентом не так велик, как принято думать. Тем не менее, взрослых эта проблема беспокоит, поэтому они уделяют повышенное внимание ресурсам, которые посещают их дети.

Потребление: зона потенциальных угроз

Понятие потребительских рисков включает приобретение некачественной или контрафактной продукции, потерю денежных средств и хи-

шение персональной информации в процессе интернет-шоппинга [Солдатова, Зотова, Лебешева и др., 2013].

Несмотря на невысокий уровень потребительской онлайн активности, российские подростки чаще, чем их родители, сталкиваются с различными видами мошенничества. Каждый четвертый школьник сталкивался в Сети с фишингом («выуживанием» персональных данных), а каждый десятый — с кражей денежных средств [Солдатова, Шляпников, 2014; Солдатова, Нестик, Рассказова и др., 2013]. Доля обращений на Линию помощи, связанных с потребительскими рисками, составляет всего 11 %. Причем взрослые звонят по этим вопросам в два раза чаще, чем дети, и гораздо чаще они сообщают о своих собственных проблемах.

Основная причина обращений — мобильное мошенничество (35 %) (рис. 8). Доля обращений, связанных с другими видами онлайн-мошенничества, составляет 28 %. Каждое десятое обращение связано с проблемами, возникшими в ходе приобретения товаров и услуг в Интернете (13 %).

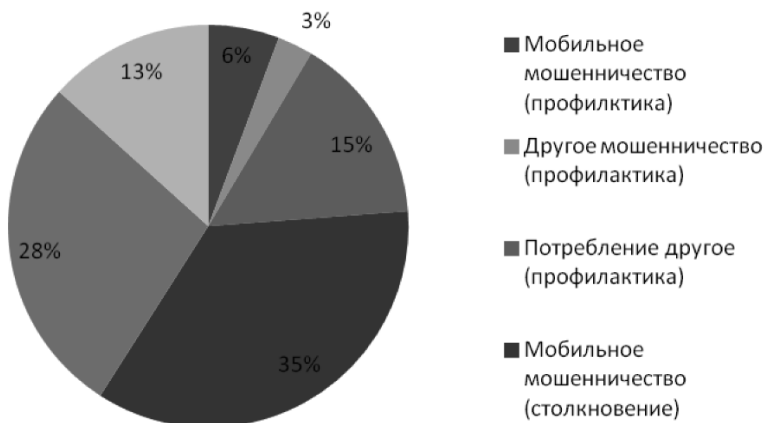


Рис. 8. Доля обращений по основным видам потребительских онлайн-рисков на Линию помощи «Дети Онлайн» за 2010–2014 годы

Доля запросов на профилактику потребительских рисков относительно невелика и составляет всего лишь пятую часть от общего числа обращений (21 %). Абонентов Линии помощи в первую очередь интересуют вопросы возврата потерянных денег и возможности блокировки смс-сообщений с коротких номеров.

Количество обращений на Линию помощи, связанных с потребительскими рисками, остается относительно постоянным на протяжении всех 5 лет. Однако, низкий уровень потребительской активности

школьников означает отсутствие опыта, необходимого для формирования компетентности в этой сфере. В условиях быстрого развития электронной коммерции можно прогнозировать рост обращений по данному типу рисков.

Интернет-зависимость: зона свободы от реальности

Отдельная тема обращений на Линию помощи — интернет-зависимость и чрезмерное использование цифровых устройств. Количество таких обращений невелико, но стабильно на протяжении 5 лет работы проекта: оно составляет примерно десятую часть всех запросов (9 %).

По данным опросов Фонда, почти половина российских детей и подростков (43 %) отмечают у себя как минимум один из симптомов, свидетельствующих о чрезмерном использовании Интернета [Солдатова, Рассказова, Лебешева и др., 2013]. Чаще всего (67 %) на Линию помощи обращаются в ситуации, когда у пользователя наблюдается сразу несколько симптомов интернет-зависимости. По данным исследований Фонда, у каждого десятого школьника в России (11 %) наблюдается подобная картина [Солдатова, Рассказова, Лебешева и др., 2013; Солдатова, Рассказова, 2013].

Наиболее распространенный симптом чрезмерной увлеченности Интернетом — это **потеря контроля в Сети**. По данным исследований, этот симптом наблюдается у 43 % российских школьников. Другой распространенный симптом — **синдром отмены**, с которым, по данным Фонда Развития Интернет, сталкивается более половины российских школьников (52 %). Наиболее серьезный симптом интернет-зависимости — это **«замена реальности»**. По данным опросов, он встречается у четверти российских подростков. Его основные проявления — пренебрежение учебной или работой, семьей и домашними обязанностями, личной гигиеной, сном и питанием, а также сокращение социальных контактов [Солдатова, Рассказова, Лебешева и др., 2013].

Чрезмерная увлеченность Интернетом сопряжена с другими видами рисков, в том числе: потерей денег, столкновением с негативным контентом, общением с незнакомцами, вовлечением в группы антисоциальной направленности, формированием суицидальных мыслей. Подростки с интернет-зависимостью, как правило, используют любую возможность, чтобы выйти в Сеть: врут родителям, воруют деньги.

Чаще всего на Линию помощи обращаются по проблеме игровой зависимости (42 %) (рис. 9). Также среди подростков распространено чрезмерное увлечение социальными сетями и медиаресурсами. Практически любой онлайн-ресурс может способствовать развитию своей специфической формы интернет-зависимости, даже Википедия.



Рис. 9. Доля обращений по основным видам онлайн-рисков, связанных с чрезмерным использованием интернета, на Линию помощи «Дети Онлайн» за 2010—2014 годы

В подавляющем большинстве случаев по вопросам зависимости на Линию помощи обращаются взрослые (72 %). Часто запрос исходит не от родителей, а от других членов семьи: бабушек и дедушек, тётей и дядей, старших братьев и сестёр, а в некоторых случаях даже от супругов и детей.

Исследования показывают, что выраженность симптомов интернет-зависимости увеличивается с возрастом [Солдатова, Рассказова, Лебешева и др., 2013]. Это подтверждается статистикой обращений на Линию помощи. По вопросам чрезмерного увлечения цифровыми устройствами чаще всего обращаются родители старших подростков, студентов и даже взрослых людей. Однако есть и противоположная тенденция: в последнее время участились обращения родителей детей дошкольного возраста, которых беспокоит чрезмерное увлечение детей цифровыми устройствами.

Анализ обращений на Линию помощи позволяет выделить некоторые причины формирования чрезмерной увлеченности Интернетом. Большинство родителей отмечает проблемы в отношениях со сверстниками, отсутствие друзей, дефицит общения. Однако трудно сделать однозначный вывод, является ли социальная изоляция причиной или результатом чрезмерной увлеченности Интернетом.

Нередко запрос исходит из неполных семей или семей, в которых ребёнок воспитывается не родителями, а другими членами семьи. Можно предположить, что чаще интернет-зависимость возникает в тех семьях,

где у ребенка не складываются отношения с родителями, когда они в силу разных жизненных обстоятельств не могут или не хотят быть рядом с ребенком, когда они подают дурной пример, сами увлекаясь онлайн-играми.

По сравнению с другими типами рисков, достаточно много родителей (33 %), обращаются по вопросам профилактики интернет-зависимости, что свидетельствует о росте осведомленности взрослых о данной проблеме. Родители интересуются техническими и педагогическими способами предотвращения зависимости от цифровых устройств. Взрослые задают как конкретные вопросы, например, как заблокировать конкретную программу или сколько времени ребенку можно проводить за компьютером, так и общие: как бороться с желанием постоянно быть в Сети?

Большинство обращений по вопросам интернет-зависимости поступает на Линию помощи из регионов, что связано с недостатком квалифицированных специалистов, способных справиться с этой проблемой. Результаты исследований показывают, что во многих крупных российских городах проблема интернет-зависимости стоит острее, чем в Москве [Солдатова, Рассказова, Лебешева и др., 2013]. В этой ситуации Линия помощи оказывается едва ли не единственным местом, где родители могут получить консультацию по данной проблеме.

Таким образом, интернет-зависимость — это самостоятельный тип рисков, с которым сталкивается достаточно большое количество пользователей Интернета. Пока еще невозможно сказать, является ли она самостоятельным психическим расстройством или это следствие других проблем. Но очевидно, что Интернет, как насыщенное информационно-коммуникационное пространство, способствует формированию тенденции к бегству от реальности в иллюзорные виртуальные миры, характерной для подросткового возраста.

Выводы

1. Анализ статистики обращений на Линию помощи позволяет проранжировать онлайн-риски по значимости представляемых ими угроз для детей. Первые места в этом списке занимают коммуникационные (35 % обращений) и технические риски (31 % обращений). Далее следуют контентные (14 %) и потребительские риски (11 %), а также чрезмерная увлечённость Интернетом (9 %). Полученные результаты в совокупности с данными других исследований позволяют рассматривать коммуникационные риски как наиболее значимую угрозу современного Интернета.

2. Статистика обращений на Линию помощи свидетельствует о том, что дети и родители по-разному воспринимают онлайн-угрозы.

Подростков больше всего беспокоят коммуникационные риски (кибербуллинг, секстинг, грумминг и т.д.), тогда как взрослые больше озабочены чрезмерной увлечённостью Интернетом и интересом детей к «взрослому контенту». Это недопонимание может приводить к выбору неэффективных стратегий медиации: родители, в первую очередь, стремятся контролировать время, которое дети проводят в Интернете, и посещаемые ими ресурсы, и гораздо меньше думают о том, с кем они общаются.

3. Обнаруженное нами расхождение между частотой столкновений и частотой обращений на Линию помощи по различным типам онлайн-рисков указывает на неоднозначное соотношение понятий «риск» и «вред». Столкновение с проблемой в Интернете не всегда причиняет вред ребенку. Каждый второй российский школьник ежегодно сталкивается с контентными рисками, но лишь единицы из них обращаются на Линию помощи. Подавляющее большинство обращающихся на Линию помощи по контентным рискам — взрослые. С коммуникационными рисками дети и подростки, напротив, сталкиваются в два раза реже, чем с контентными, а обращаются на Линию помощи в два раза чаще.

4. Динамика обращений на Линию помощи за прошедшие 5 лет позволяет выявить некоторые закономерности эволюции онлайн-рисков. Во-первых, меняется значимость различных типов рисков: доля обращений по коммуникационным рискам неуклонно растет, по техническим и потребительским — остается неизменной, по контентным — сокращается. Во-вторых, непрерывное развитие ИКТ ведёт к усложнению проблем, с которыми сталкиваются дети и подростки, а также возникновению новых рисков, связанных с неосторожным обращением с персональными данными, с негативным контентом, создаваемым несовершеннолетними пользователями, с освоением новых цифровых устройств и приложений.

5. Как показывает статистика Линии помощи «Дети онлайн», юные пользователи постоянно сталкиваются с новыми онлайн-рисками, а количество обращений в целом неуклонно растет. Основные проблемы, с которыми дети и подростки встречаются в Интернете, не имеют простых технических решений, а квалифицированных специалистов в данной области не хватает. В этих условиях потребность в дистанционных службах, оказывающих помощь детям, подросткам и их родителям в онлайн, будет только возрастать, а консультирование по вопросам управления персональными онлайн-рисками, вероятно, со временем станет отдельной профессией и сферой деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

- Бек У. Общество риска. На пути к другому модерну / Пер. с нем. Седельникова В., Фёдоровой Н., посл. Филиппова А. М.: Прогресс-Традиция, 2000. 384 с.
- Гарнаева М., Чебышев В., Макрушин Д., Унучек Р., Иванов А. Kaspersky Security Bulletin 2014. Основная статистика за 2014 год. [Электронный ресурс] // URL: <https://securelist.ru/analysis/ksb/24580/kaspersky-security-bulletin-2014-osnovnaya-statistika-za-2014-god> (дата обращения: 24.06.2015).
- Дети России онлайн. Результаты международного проекта EU Kids Online II в России / Солдатова Г., Рассказова М., Лебешева М., Зотова Е., Рогендорф П. М.: Фонд Развития Интернет, 2013. 213 с.
- Интернет: возможности, компетенции, безопасность. Методическое пособие для работников системы общего образования. Ч. 1. Лекции / Солдатова Г., Зотова Е., Лебешева М., Шляпников В.М.: Google, 2013. 165 с.
- Солдатова Г., Олькина О. Минусы открытости // Дети в информационном обществе. 2015. № 20. С. 26—47.
- Солдатова Г., Рассказова Е. Безопасность подростков в Интернете: риски, со- владание и родительская медиация // Национальный психологический жур- нал. 2014. № 3 (15). С. 39—51.
- Солдатова Г., Рассказова Е. Психологические факторы безопасности подростка в ин- тернете: роль совладающего поведения и родительской медиации // Вестник Российского государственного научного фонда. 2014. Т. 2, № 75. С. 126—134.
- Солдатова Г., Рассказова Е. Чрезмерное использование интернета: факторы и признаки // Психологический журнал. 2013. Т. 34, № 4. С. 105—114.
- Солдатова Г.У., Шляпников В.Н. Не покупать, а скачивать // Дети в информаци- онном обществе. 2014. № 18. С. 26—37.
- Солдатова Г.У., Нестик Т.А., Рассказова Е.И., Зотова Е.Ю. Цифровая компе- тентность подростков и родителей. Результаты всероссийского исследова- ния / М.: Фонд Развития Интернет, 2013. 144 с.
- Finkelhor D. Childhood Victimization: Violence, Crime, and Abuse in the Lives of Young People / New York: Oxford University Press, 2008.
- Livingstone S., Haddon L., and Gorzig A. Children, Risk and Safety Online: Research and policy challenges in comparative perspective / Bristol: The Policy Press, 2012.
- Soldatova G., Zotova E. Coping with online risks: The experience of russian school- children // Journal of Children and Media. 2013. Vol. 7, № 1. Pp. 44—59.

THE EVOLUTION OF ONLINE-RISKS: THE RESULTS OF HELPLINE "KIDS ONLINE" FIVE YEARS WORK

G.U. SOLDATOVA, V.N. SHLIAPNIKOV, M.A. ZHURINA

The article presents the results of quantitative and qualitative analysis of children's and parents' requests to Helpline "Kids Online". The main reasons for the helpline requests are different problems with the Internet and digital devices usage.

7236 calls and 3117 online-messages have been preceded. The dynamic of requests on main types of online-risks (communication, content, technology usage, consumption, the Internet overuse) for the last five years has been presented. According to the results of this analysis the conclusions about online-risks' frequency of encounters, importance, awareness, vulnerability factors and evolution have been made.

Keywords: the Internet, information and communications technology (ICT), online-risks, informational safety, cyberbullying, sexting, internet-addiction, distance counseling.

Bek U. Obshchestvo riska. Na puti k drugomu modernu / Per. s nem. Sedel'nikova V., Fedorovoi N., posl. Filippova A. Moscow: Progress-Traditsiia, 2000. 384 p.

Garnaeva M., Chebyshev V., Makrushin D., Unuchek R., Ivanov A. Kaspersky Security Bulletin 2014. Osnovnaia statistika za 2014 year. Available at: <https://securelist.ru/analysis/ksb/24580/kaspersky-security-bulletin-2014-osnovnaya-statistika-za-2014-god> (Accessed: 24.06.2015).

Deti Rossii onlain. Rezul'taty mezhdunarodnogo proekta EU Kids Online II v Rossii / Soldatova G., Rasskazova M., Lebesheva M., Zotova E., Rogendorf P. Moscow: Fond Razvitiia Internet, 2013. 213 p.

Internet: vozmozhnosti, kompetentsii, bezopasnost'. Metodicheskoe posobie dlia rabotnikov sistemy obshchego obrazovaniia. Ch.1. Lektsii / Soldatova G., Zotova E., Lebesheva M., Shliapnikov V. Moscow: Google, 2013. 165 p.

Soldatova G., Ol'kina O. Minusy otkrytosti. Deti v informatsionnom obshchestve. 2015. № 20. Pp. 26—47.

Coldatova G., Rasskazova E. Bezopasnost' podrostkov v Internete: riski, sovladanie i roditel'skaia mediatsiia. Natsional'nyi psikhologicheskii zhurnal. 2014. № 3 (15). Pp. 39—51.

Soldatova G., Rasskazova E. Psikhologicheskie faktory bezopasnosti podrostka v internete: rol' sovladaiushchego povedeniia i roditel'skoi mediatsii. Vestnik Rossiiskogo gosudarstvennogo nauchnogo fonda. 2014. T. 2, № 75. Pp. 126—134.

Soldatova G., Rasskazova E. Chrezmernoe ispol'zovanie interneta: faktory i priznaki. Psikhologicheskii zhurnal. 2013. T. 34, № 4. Pp. 105—114.

Soldatova G.U., Shliapnikov V.N. Ne pokupat', a kachivat' // Deti v informatsionnom obshchestve. 2014. № 18. S. 26—37.

Soldatova G.U., Nestik T.A., Rasskazova E.I., Zotova E.Iu. Tsifrovaia kompetentnost' podrostkov i roditeli. Rezul'taty vserossiiskogo issledovaniia / Moscow: Fond Razvitiia Internet, 2013. 144 p.

Finkelhor D. Childhood Victimization: Violence, Crime, and Abuse in the Lives of Young People / New York: Oxford University Press, 2008.

Livingstone S., Haddon L., and Gorzig A. Children, Risk and Safety Online: Research and policy challenges in comparative perspective / Bristol: The Policy Press, 2012.

Soldatova G., Zotova E. Coping with online risks: The experience of Russian school-children. Journal of Children and Media. 2013. Vol. 7, № 1. Pp. 44—59.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОЧНОГО И ЗАОЧНОГО ИНТЕРНЕТ-КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

М.Е. БАУЛИНА

Статья посвящена сравнению очного консультирования родителей детей с ограниченными возможностями здоровья с Интернет-консультированием в режиме «офлайн». Анализируется практический опыт оказания дистанционной психологической помощи, основные трудности и преимущества данного вида консультирования. Выделены наиболее часто встречающиеся категории запросов родителей, позволяющие делать выводы об особенностях их мотивации к получению психологической помощи. В статье подчёркивается, что, несмотря на имеющиеся ограничения Интернет-консультирования, данная форма психологической помощи обязательно должна присутствовать на рынке консультативных услуг. Ответы на вопросы в режиме «офлайн» обеспечивают доступность и быстроту получения информации, в чём несомненно нуждаются родители, воспитывающие детей с ограниченными возможностями здоровья.

Ключевые слова: психологическая помощь родителям, дети с ограниченными возможностями здоровья, Интернет-консультирование.

На сегодняшний день ежемесячная аудитория российского Интернета составляет 64 миллиона 400 тысяч пользователей, 75 % из которых выходит в Сеть ежедневно [Фирсанов, Гамбарян, 2014]. Данная категория граждан предпочитает искать информацию по интересующим её проблемам на специализированных сайтах и активно использует форумы, на которых есть возможность задать вопрос специалистам. Родители, воспитывающие детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), испытывают повседневные трудности, связанные с коррекцией, реабилитацией и социальной адаптацией ребёнка, и регулярно обращаются за помощью на специализированные сайты [Баулина, 2009]. Это связано с тем, что очные консультации психолога часто оказываются

недоступны для данной категории клиентов из-за проблемы транспортировки детей, неудобного графика записи к специалистам или высокой стоимости помощи [Шиняева, Шувалова, 2000].

Психологическое Интернет-консультирование в режиме «офлайн» позволяет избежать указанных проблем. Данная форма работы с клиентами предполагает ответы на вопросы, которые посетители сайта оставляют для специалиста. Как правило, они получают ответ на следующий день. Данная форма работы с родителями, воспитывающими детей с ОВЗ, имеет ряд недостатков.

В литературе, посвящённой изучению специфики Интернет-консультирования, часто подчёркивается, что при работе с детьми, имеющими ОВЗ, и их родителями важнее видеть удельный вес позитивного ресурсного начала и степень сохранности психических функций, нежели диагностировать выраженность тех или иных отклонений [Меновщиков, 2007, 2010]. Исследователи, работающие в этой области, предлагают также акцентировать внимание на половозрастных характеристиках лиц с ОВЗ, форме и способах компенсации, специфике аномального развития, характеристиках социальной среды, включающей отношения в семье, характер обучения и деятельности. Практика показывает, что запросы клиентов, формулирующих свою проблему в электронном письме или в сообщении на специализированных Интернет-форумах, отличаются поверхностным описанием проблемной ситуации, побудившей их обратиться за помощью [Кочюнас, 1999; Лысенко, 2006]. Режим «офлайн» не позволяет оперативно задать уточняющие вопросы, оценить отношение клиента к беспокоящей его проблеме, а также получить полную картину особенностей его взаимодействия с ребёнком вследствие исключительно «текстового» способа общения [Баулина, 2013].

Объективная слабость психологического консультирования в Интернете в области работы с родителями детей с ОВЗ на современном технологическом этапе в подавляющем большинстве случаев заключается в невозможности психолога провести развёрнутую психодиагностику клиента, увидеть и оценить его психическое состояние. Применительно к рассматриваемой категории детей, основная трудность состоит в невозможности оценить состояние ребёнка. Родитель выступает в роли посредника и, с одной стороны, обращается за психологической помощью, а с другой, описывает не столько собственные переживания и трудности, сколько проблемы ребёнка. Кроме того, поскольку виртуальная психологическая консультация в режиме «офлайн» включает в себя ответы на вопросы, клиент, как правило, не предоставляет доста-

точный объём информации о себе и ребёнке, о пройденных им медицинских обследованиях (что имеет особое значение для детей с ОВЗ!), а также не может показать заключения других специалистов. По этой причине, ответы психолога часто носят обобщённый и поверхностный характер.

В то же время использование Интернет-консультирования в сочетании с очными консультациями и коррекционными занятиями могло бы повысить качество оказания помощи родителям детей с ОВЗ. С этой целью необходимо проводить подробный анализ содержания запросов клиентов, чтобы составить для каждого ребёнка индивидуальный маршрут психолого-педагогического сопровождения. О мотивации родителей, обращающихся за дистанционной помощью к специалисту, можно судить лишь косвенно, поскольку далеко не всегда есть возможность провести исследование их эмоционально-личностной сферы — ведь сформулированный ими запрос связан с проблемами ребёнка. Поэтому в данной работе мы сочли возможным использовать анализ имеющихся «заочных» и «очных» запросов для понимания мотивов выбора того или иного вида консультирования.

Опыт Интернет-консультирования в режиме «офлайн», проведённого в ноябре-декабре 2013 года, показал специфику проблем, беспокоящих клиентов, воспитывающих детей с ОВЗ, и отражающих их повседневные трудности в общении с ними. Как будет показано ниже, запросы родителей охватывают практически все значимые сферы развития психических функций ребёнка [Романов, Ярская-Смирнова, 2010].

Описание выборок испытуемых и способов консультирования

Эмпирическое исследование проходило в два этапа. На первом этапе в качестве испытуемых выступили посетители информационного портала для родителей Letidor.ru, для которых в течение двух месяцев проводилось психологическое консультирование по вопросам, связанным с воспитанием детей. Консультирование проходило в режиме «офлайн» и представляло собой ответы на присланные посетителями сайта вопросы. Среднее время, прошедшее с момента поступления вопроса, составляло не более 12 часов. Посетители сайта имели возможность задавать неограниченное число уточняющих вопросов после полученного ответа в формате заочного диалога. Всего за указанный период было получено 141 обращение от родителей детей в возрасте от 1,5 месяцев до 16 лет.

Среди всех посетителей сайта, обратившихся за консультацией, родители, воспитывающие ребёнка с ОВЗ, составили примерно 38 %

(54 человека). Эта категория включала в себя клиентов, характеризующих своих детей как имеющих хронические соматические заболевания и нарушения психического развития, такие как: задержка психического развития, эпилепсия, нарушения речевого развития, синдром дефицита внимания с гиперактивностью и т.д. Таким образом, в первой выборке испытуемых было выделено две подгруппы: родители детей с ОВЗ и родители условно здоровых детей.

Подавляющее большинство обратившихся из обеих подгрупп составили мамы (111 человек). Также среди клиентов было 17 бабушек, 6 пап и 3 педагога. 4 обратившихся пожелали сохранить анонимность. Следует отметить, что данное распределение соответствует литературным данным, согласно которым чаще всего за консультацией обращается женская часть населения — в 79,31 % случаев, и только в 13,79 % — мужская. В остальных случаях (7,76 %) пол не идентифицирован [Гунати, 1995; Нельсон-Джоунс, 2000; Войскунский, 2010].

На втором этапе эмпирического исследования запросы родителей детей с ОВЗ, прибегнувших к услугам Интернет-консультирования, сравнивались с результатами очных консультаций, проводившихся в психологическом центре «Просвет» в 2013—2014 гг. Вторую выборку составили 62 испытуемых, воспитывающих детей в возрасте от 2 до 17 лет. Среди них так же, как и в первой выборке, преобладали матери (53 человека). Остальные испытуемые распределились следующим образом: 5 бабушек и 4 папы. Продолжительность очной консультации составляла 1 час.

Жалобы клиентов из обеих выборок были разделены на несколько групп с целью анализа качественных и количественных различий между родителями, воспитывающими детей с ОВЗ, и родителями условно здоровых детей. Затем анализу подверглись различия между подгруппой родителей детей с ОВЗ из первой выборки и второй выборкой, прибегнувшей к очной консультации психолога. Для того чтобы избежать трудностей при интерпретации результатов, подгруппа родителей детей с ОВЗ, участвовавших в Интернет-консультировании, была условно названа «Интернет-ОВЗ», подгруппа родителей условно здоровых детей — «Интернет-норма», а вторая выборка — «ОВЗ-очно».

Статистическая обработка результатов эмпирического исследования велась с помощью статистического пакета SPSS.16.

Результаты

Полученные данные свидетельствуют о том, что родителей из группы «Интернет-ОВЗ» больше всего волнуют проблемы, связан-

ные с нарушением познавательной активности, речи и учебных навыков, а также повышенной возбудимостью и страхами (табл. 1). Обращает на себя внимание тот факт, что неврологическая симптоматика, навязчивые движения и действия беспокоят данную группу клиентов гораздо меньше, чем родителей из группы «Интернет-норма». Можно предположить, что это связано с нахождением детей с ОВЗ под постоянным медицинским наблюдением, вследствие чего родители в достаточной степени обеспечены информационной и лечебной поддержкой. Интересно, что в обеих группах проблемы взаимодействия детей со сверстниками входят в число наиболее актуальных.

Статистический анализ полученных данных с помощью критерия Фишера показал наличие значимых различий между группами при $p < 0,05$ по таким категориям как «Трудности адаптации к детскому саду или школе» и «Повышенная возбудимость, страхи» (табл. 1, выделено курсивом). Последняя категория наиболее выражена в группе запросов родителей «Интернет-ОВЗ» и обосновывает необходимость непрерывного психологического сопровождения данной группы клиентов. Ровный эмоциональный фон и ощущение безопасности являются важным условием для гармоничного когнитивного и личностного развития детей, поэтому консультативная помощь специалиста должна быть направлена на поиск причин повышенной возбудимости и источников страхов.

Обращает на себя внимание тот факт, что и группу «Интернет-ОВЗ», и «Интернет-норму» беспокоят вопросы, связанные с такой категорией как «Нарушения внимания, познавательной активности, речи и учебных навыков», что отражает их потребность в информации о принципах и методиках коррекционно-развивающего обучения. Ещё одной заметной категорией являются запросы, относящиеся к группе «Отсутствие эмоционального контакта с родителями, непризнание их авторитета». Следует подчеркнуть, что при формулировании проблемы родители преимущественно указывают на эмоциональную лабильность детей и несформированность их эмоционально-личностной сферы, в то время как практика показывает, что дисгармоничные отношения в семье являются следствием неконструктивного поведения всех членов семьи как единой системы. В целом, запросы родителей характеризуются фиксацией на «неправильном» поведении детей. Дополнительную информацию о других участниках конфликта или об особенностях воспитательной стратегии, реализующейся в семье, приходилось получать дополнительно в процессе Интернет-консультирования.

Таблица 1

Распределение запросов родителей, обратившихся за консультацией в Интернете (в % от общего числа поступивших запросов)

Категория жалоб	Интернет-ОВЗ, %	Интернет-норма, %
1. Неврологическая симптоматика, навязчивые движений и действия	2,2	6,3
2. Нарушения внимания, познавательной активности, речи и учебных навыков	8,1	6,3
3. Трудности адаптации к детскому саду или школе	0,7	5,7
4. Проблемы взаимодействия со сверстниками	7,6	8,6
5. Повышенная возбудимость, страхи	13,3	6,1
6. Отсутствие эмоционального контакта с родителями, непризнание их авторитета	7,4	12,5
7. Трудности взаимодействия с другими родственниками (братьями, сестрами, бабушками, дедушками и т.д.)	5,2	7,3

Качественный анализ сообщений продемонстрировал готовность подавляющего большинства клиентов к очному общению с психологом. В своих запросах они отмечали, что уже посещали специалиста раньше или намерены сделать это в ближайшем будущем. Данный факт позволяет предположить, что консультация в сети рассматривается родителями как возможность получить дополнительное экспертное мнение по интересующему вопросу. Эмоциональный тон некоторых сообщений косвенно свидетельствует о потребности клиентов получить поддержку или одобрение с целью продолжения выбранной стратегии коррекции или реабилитации ребёнка с ОВЗ.

Анализ обращений родителей из группы «ОВЗ-очно» продемонстрировал значительный разрыв между такими категориями запросов как «Нарушения внимания, познавательной активности, речи и учебных навыков» и «Повышенная возбудимость, страхи» в сравнении с остальными категориями. Следует также отметить среди обращений отсутствие жалоб из категорий «Неврологическая симптоматика, навязчивые движений и действия» и «Трудности взаимодействия с другими родственниками». Можно предположить, что в основе этих фактов лежат различные причины. Жалобы из категории «Неврологическая симптоматика, навязчивые движений и действия», по сути, не могут являться поводом для обращения к психологу. Родители, решившие очно посетить специалиста,

адресуют данный запрос неврологу или психиатру. Что касается обращений из категории «Трудности взаимодействия с другими родственниками», то, возможно, родители считают эти проблемы не настолько острыми, чтобы приходить с ребёнком на очную консультацию, поэтому пользуются формой Интернет-консультирования, получая необходимую психологическую поддержку и информацию для размышления.

В то же время в числе обращений родителей из группы «ОВЗ-очно», отмечается появление новой категории — «Диагностика готовности к школьному обучению», которая составляет 14,2 % от числа всех обращений. В целом, распределение запросов по тематическим группам указывает на интересную тенденцию: в обеих подгруппах испытуемых первой выборки, обратившиеся за консультацией в Интернет, среднее количество жалоб, относящихся к категориям, перечисленным в табл. 1, не превышает 13,3 % от общего числа. При этом к категории «Другие жалобы» относятся 47,2 % запросов в группе «Интернет-норма» и 55,5 % — в группе «Интернет-ОВЗ». В то же время в группе «ОВЗ-очно» практически все обращения относятся к описанным выше категориям, и на долю раздела «Другие жалобы» приходится всего 2,7 %. В качестве примера редких запросов, помещённых в этот раздел, можно отнести, например, такие: «Как приучить ребёнка убирать за собой?» или «Стоит ли заводить собаку, чтобы ребёнок стал более ответственным?». Данные проблемы носят ситуативный характер и не относятся к базовым составляющим психического развития детей.

На рис. 1, 2 и 3 можно увидеть распределение различных категорий обращений в трех подгруппах испытуемых. К категории «Популярные запросы» были отнесены жалобы, относящиеся к рубрикам, содержащимся в табл. 1. Их распространённость как среди родителей условно здоровых детей, так и среди родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, связана с тем, что данные запросы отражают содержание наиболее значимых сфер и стадий психического развития ребёнка: познавательных функций, эмоционально-личностной сферы, коммуникативных навыков и т.д.



Рис. 1. Соотношение «популярных» и редких запросов, отнесённых к категории «Другие жалобы», в группе «Интернет-норма»

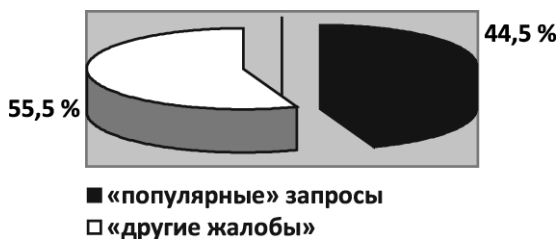


Рис. 2. Соотношение «популярных» и редких запросов, отнесённых к категории «Другие жалобы», в группе «Интернет-ОВЗ»

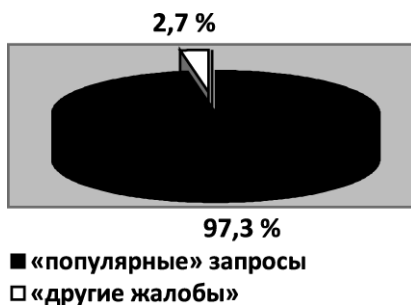


Рис. 3. Соотношение «популярных» и редких запросов, отнесённых к категории «Другие жалобы», в группе «ОВЗ-очно»

При сравнении данных рисунков можно сделать вывод, что родители детей с ОВЗ, во-первых, ориентированы на получение очной квалифицированной помощи в тех случаях, когда проблема носит сложный и комплексный характер, и, во-вторых, рассматривают ресурсы Интернет-консультирования в качестве быстрого и лёгкого способа получения психологической поддержки при решении повседневных вопросов.

Соотношение наиболее популярных запросов родителей из трёх групп представлены на рис. 4. Следует отметить, что наличие уже упомянутого выше раздела жалоб, посвящённого диагностике готовности к школьному обучению, лишь в группе «ОВЗ-очно», подтверждает выдвинутое предположение о том, что родители не считают Интернет-консультирование равноценной заменой личному обращению к специалисту.

Рассмотрение опыта Интернет-консультирования в режиме «офлайн» в сравнении с очными консультациями позволяет сделать некоторые выводы, указывающие на востребованность данного вида психологической помощи для родителей детей с ОВЗ:

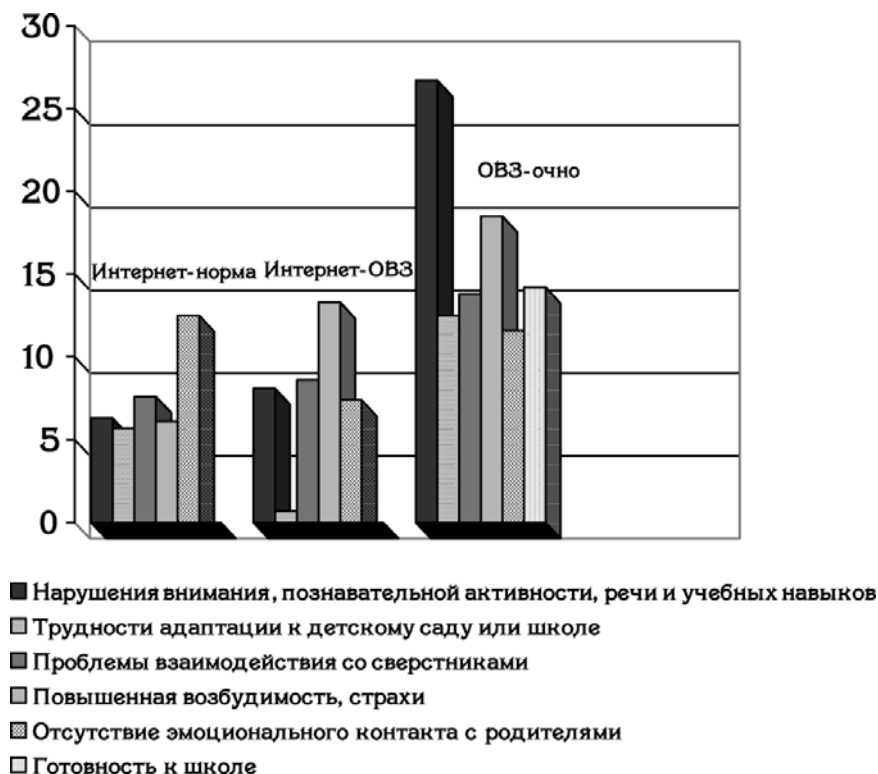


Рис. 4. Наиболее популярные запросы родителей трёх подгрупп (в % от общего числа обращений)

1. Родители ребёнка с ОВЗ испытывают потребность в непрерывном психологическом сопровождении, позволяющем оперативно реагировать на изменения в физическом и психическом состоянии детей.

2. Формат Интернет-консультирования позволяет осуществлять не только психологическое, но и коррекционно-педагогическое сопровождение ребёнка. В то же время психолог имеет дело исключительно с родителями и не имеет возможности провести диагностику нарушений развития ребёнка.

3. Благодаря своей доступности, Интернет-консультирование позволяет оказывать непрерывную психологическую поддержку родителям детей с ОВЗ, сохраняя их эмоциональные ресурсы.

4. Родители детей с ОВЗ ставят перед психологом различные задачи в зависимости от формы консультирования. Запросы, адресованные спе-

циалисту на очной консультации, отличаются более глубоким содержанием, требуют проведения специальных психодиагностических процедур и отражают целый комплекс проблем психического развития ребёнка.

5. В большинстве случаев Интернет-консультирование в режиме «офлайн» не может заменить очную консультацию и носит характер поддержки, а также выполняет задачу предоставления справочной информации. Полноценная психологическая коррекция поведения и когнитивных функций детей с ОВЗ требует личного взаимодействия родителей со специалистом.

Заключение

Несмотря на описанные ограничения Интернет-консультирования родителей детей с ОВЗ, данная форма психологической помощи обязательно должна присутствовать на рынке консультативных услуг. Ответы на вопросы в режиме «офлайн» обеспечивают доступность и быстроту получения информации. Не следует забывать о том, что на сегодняшний день система бесплатной государственной помощи родителям детей с ОВЗ позволяет получить очную консультацию специалиста лишь после предварительной записи (часто за 2—3 недели до предполагаемого приёма), а платная психологическая помощь имеет достаточно высокую стоимость.

Помимо организационных и финансовых аспектов, следует отметить некоторые преимущества психологического характера. Некоторым клиентам удаётся быть более выразительными и откровенными, используя письменную форму обращения к психологу, в то время как на очной консультации их поведение может быть обусловлено фактором социальной желательности. Родителям детей с ОВЗ часто трудно признаться в том, что они не готовы к безусловному принятию своего ребёнка, и в процессе очного консультирования обсуждение данной проблемы встречает сопротивление со стороны клиентов. Необходимо также подчеркнуть обучающий характер Интернет-консультирования — ведь диалог психолога и клиента могут наблюдать другие посетители сайта.

ЛИТЕРАТУРА

- Алешина Ю.Е.* Индивидуальное и семейное психологическое консультирование / М., 1999. 208 с.
- Баулина М.Е.* Материалы по диагностике и коррекции трудностей обучения младших школьников / М., 2009. 88 с.
- Баулина М.Е.* Актуальные проблемы диагностики синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей // Практическая медицина. 2013. № 1. С. 150—152.

- Войскунский А.Е. Психология и Интернет / М., 2010. 439 с.
- Гунати Л.К. Психотехнические приемы и методы работы на телефоне доверия // Психологическая помощь в меняющемся мире: Материалы II Международной конференции / Пермь, 1995. С. 93–98.
- Консультация психолога [Электронный ресурс] // URL: <http://letidor.ru/moya-setuа/online/> (дата обращения: 10.12.2013).
- Кочюнас Р. Основы психологического консультирования / М., 1999. 240 с.
- Лысенко Е.М. Индивидуальное психологическое консультирование / М., 2006. 133 с.
- Меновщиков В.Ю. Психологическая помощь в сети интернет / М., 2007. 178 с.
- Меновщиков В.Ю. Психологическое консультирование и психотерапия в интернете / М., 2010.
- Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования / СПб., 2000. 464 с.
- Кузнецова И.В., Большакова О.В., Посысов О.Н. и др. Психологическое консультирование подростков-инвалидов / Ярославль, 1996. 170 с.
- Психологическая помощь социально незащищенным лицам с использованием дистанционных технологий (интернет-консультирование и дистанционное обучение) // Материалы III Международной научно-практической конференции / Под ред. Б.Б. Айсмонтаса, В.Ю. Меновщикова. М., 2013. 371 с.
- Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Инвалиды и общество: двадцать лет спустя // Социологические исследования. 2010. № 9. С. 50–58.
- Фирсанов М.А., Гамбарян О.К. Россия в цифрах: 2012–2013 / М., 2014. 152 с.
- Шняева О.В., Шувалова В.С. Здоровье учащихся и образовательная среда // Социологические исследования. 2000. № 5. С. 75–80.

COMPARATIVE ANALYSIS OF INTERNAL CONSULTATIONS AND INTERNET COUNSELING PARENTS OF CHILDREN WITH DISABILITIES

M.E. BAULINA

The article is devoted to comparison of internal counseling parents of children with disabilities with Internet consultation in "offline" form. Examines the practical experience of providing remote psychological assistance, the main difficulties and the advantages of this type of counseling. The most common categories of needs of parents, allowing to make conclusions about what motivates them to receive psychological assistance. The article emphasizes that, despite the limitations of online counseling, this form of psychological assistance must be present on the market of advisory services. The answers on the questions in "offline" form ensure the quick and easy access to information, what undoubtedly need parents who are raising children with disabilities.

Keywords: psychological assistance to parents, children with disabilities, Internet-based counselling.

- Aleshina U.E.* Individual'noe i semejnoe psihologicheskoe konsul'tirovanie / Moscow, 1999. 208 p.
- Baulina M.E.* Materialy po diagnostike i korrekcii trudnostej obucheniya mladshih shkol'nikov / Moscow, 2009. 88 p.
- Baulina M.E.* Aktual'nye problemy diagnostiki sindroma deficita vnimaniya s giperaktivnost'yu u detej. Prakticheskaya medicina. 2013. № 1. Pp. 150—152.
- Vojskuns'kij A.E.* Psihologiya i Internet / M., 2010. 439 p.
- Gunati L.K.* Psihotekhnicheskie priemy i metody raboty na telefone doveriya. Psihologicheskaya pomoshch' v menyayushchemsya mire. Materialy II Mezhdunarodnoj konferencii. Perm', 1995. Pp. 93—98.
- Konsul'taciya psihologa. URL: <http://letidor.ru/moya-semya/online/>
- Kochyunas R.* Osnovy psihologicheskogo konsul'tirovaniya / Moscow, 1999. 240 p.
- Lysenko E.M.* Individual'noe psihologicheskoe konsul'tirovanie / Moscow, 2006. 133 p.
- Menovshchikov V.U.* Psihologicheskaya pomoshch' v seti internet / Moscow, 2007. 178 p.
- Menovshchikov V.U.* Psihologicheskoe konsul'tirovanie i psihoterapiya v internete / Moscow, 2010.
- Nel'son-Dzhouns R.* Teoriya i praktika konsul'tirovaniya / SPb., 2000. 464 p.
- Psihologicheskoe konsul'tirovanie podrostkov-invalidov / I.V. Kuznecova, O.V. Bol'shakova, O.N. Posysoev i dr. Yaroslavl', 1996. 170 p.
- Psihologicheskaya pomoshch' social'no nezashchishchennym licam s ispol'zovaniem distancionnyh tekhnologij (internet-konsul'tirovanie i distancionnoe obuchenie). Materialy III Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii / Ed. B.B. Ajsmontasa, V.YU. Menovshchikova. Moscow, 2013. 371 p.
- Romanov P.V., Yarskaya-Smirnova E.R.* Invalidy i obshchestvo: dvadcat' let spustya. Sociologicheskie issledovaniya. Moscow, 2010, № 9. Pp. 50—58.
- Firsanov M.A., Gambaryan O.K.* Rossiya v cifrah: 2012—2013 / Moscow, 2014. 152 p.
- Shinyaeva O.V., Shuvalova V.S.* Zdorov'e uchashchihsya i obrazovatel'naya sreda. Sociologicheskie issledovaniya. 2000. № 5. Pp. 75—80.

ФУНКЦИЯ СНОВИДЕНИЙ И ФУНКЦИИ ВНЕСЕНИЯ СНОВИДЕНИЙ В ГРУППУ В КОНТЕКСТЕ ГРУППОВОЙ ДИНАМИКИ

М.С. ЧИСТЯКОВ

В статье описывается развитие взглядов в психоанализе на функцию, роль и использование сновидений в терапии. В статье делается предположение, что пересказ сновидений в группе связан с определенной фазой группового развития. Предполагается, что пересказ сновидений и их проработка в группе способствует восстановлению «целостного внутреннего образа группы» у участников при его разрушении в связи с явными и скрытыми конфликтами в группе. Также предполагается, что пересказ сновидений и их проработка в группе может выполнять целый ряд других функций (облегчение сепарационной тревоги у участников, связанной с перерывами в работе группы; «выравнивающий» эффект в отношении степени вовлеченности участников в происходящее в группе; «выравнивание» позиции тех, кто «чуть отстал» и тех кто «чуть впереди» в решении задач группового развития).

Ключевые слова: функция сновидений, стадии группового развития, функция внесения сновидений, «внутренний образ группы», сепарационная тревога в группе, «выравнивающий» эффект внесения сновидений.

Введение

Почему в одних психотерапевтических группах участники много говорят о своих сновидениях, а в других — никогда или почти никогда? Полезно ли для прогресса в терапии, когда участники группы говорят в ней о своих снах, или это его тормозит? На каком этапе развития группы участники вероятнее всего будут обращаться к языку сновидений? В чем может быть польза от рассказывания участниками своих снов в группе и групповой работы с ними для развития группы как целого? В этой статье сделана попытка ответить на эти вопросы. Также в статье описано развитие теоретических взглядов на сновидения в психоанализе с постепенным сдвигом во взглядах на них от интрасубъективной перспективы к интерсубъективной.

Обзор теории

Прежде чем говорить о функции внесения сновидений в группу, стоит сказать несколько слов о развитии взглядов на функцию сновидений вообще.

Систематический анализ сновидений, производившийся на определенной научной основе, начался с возникновением психоанализа и с работ З. Фрейда. Для З. Фрейда [Фрейд, 2014] сновидение — это попытка удовлетворения инфантильных желаний, а работа сновидения «маскирует» содержание сновидения, переводя его латентное содержание в явное. Начиная с З. Фрейда, целью психоаналитической работы со сновидениями стало понимание их латентного содержания с помощью свободных ассоциаций сновидца к своим сновидениям. В дальнейшем в анализе сновидений внимание постепенно смещалось к манифестному содержанию сна, к его форме, структуре [Seagal, 1980] и функции в терапевтическом процессе [Pontalis, 1974], которые, как было замечено, определяются структурой личности сновидца, уровнем зрелости способностей, которыми сновидец справляется с непереносимыми и неприемлимыми переживаниями в сновидении (эвакуация или символизация) [Seagal, 1980]. Было замечено, что чем выше способность к символизации, тем меньше эвакуация чувств и последующее отыгрывание в бодрствующем состоянии [Khan, 1972]. Р. Фридман считает, что рассказывание сновидения может быть альтернативой отыгрыванию в поведении отраженных во сне переживаний [Friedman, 2008].

Постепенно внимание аналитиков смещалось от интереса к отражению в сновидениях эдипальной ситуации к интересу к связи сновидений с ранними диадными отношениями матери и ребенка. Многие психоаналитики, особенно последователи теории объектных отношений, видели в фоне любого сновидения отражение и возвращение ранней связи сновидца с матерью [Friedman, 2002; Lewin, 1946; Pontalis, 1974; Rycroft, 1951]. М. Кан (1972) ввел идею пространства сновидения, которое может быть переходным в том же смысле, что и переходный объект у Д.В. Винникотта [Винникотт, 2012]. Объединяя этот взгляд на функцию сновидения как отражение ранних диадных отношений и классический психоаналитический подход к сновидениям, Джеймс Геммилл писал: «сновидец будет иметь внутреннее психическое пространство, получаемое из своего самого первого объектного отношения, в (на) которое он на регрессивном языке зрительных образов может проецировать представления своих желаний и конфликтов и надеяться, что его желания будут исполнены, а тревога облегчена интернализированной материнской грудью, как в раннем детстве» [Gammill, 1980, с. 105].

Постепенно аналитики стали больше внимания уделять отражению в снах текущих конфликтов и травматических событий, а не только инфантильных конфликтов. Э. Гартман [Hartman, 1998, 1999], например, считает, что работу сновидения организует центральный аффект, часто связанный с актуальной конфликтной ситуацией пациента и что снови-

дение «отбирает» ситуации, соответствующие эмоциональному состоянию спящего.

Исследуя функции сновидения экспериментально в лабораторной ситуации, С.Р. Паломбо [Palombo, 1978] включил в них процессы обработки информации в связи с конфликтами в отношениях. Он показал, что в ходе работы сновидения происходит соединение нынешних и более ранних переживаний, происходящее вплетается в более широкий временной и содержательный контекст, параллельно с этим обрабатывается, соединяясь с уже существующими структурами памяти и решения задач.

Еще Ш. Ференци начал смещать фокус внимания в терапевтической работе со снами с интрапсихического пространства индивида к интерсубъективной перспективе в рамках динамики отношений переноса-контрпереноса. Однако особенно по мере разработки и проникновения в клиническую практику теории объектных отношений аналитики «стали с большей готовностью опознавать в сновидении черты текущих отношений переноса, стали искать за ассоциациями пациента в меньшей степени прячущееся желание и в большей степени — определенную попытку справиться с «плохими» или угрожающими (объектными) отношениями и поправить то, что когда-то пошло не так» [Padel, 1987, с. 134]. Было замечено, что само внесение сновидений в качестве материала на сессии может являться функцией и следствием развивающегося переноса [Stewart, 1993]. Р. Фэйрбейрн [Fairbairn, 1954] видел в сновидениях, во-первых, сообщения о текущей жизни его пациента, во-вторых, о ситуациях из прошлого (особенно эдипального периода), в третьих, «состояние дел» внутренних объектных отношений.

Еще в ранних работах К. Юнга [Юнг, 2008], работах А. Адлера [Adler, 1936], а в дальнейшем в работах последователей селф-психологии появляется подчеркивание прогрессивных, ориентированных на решение проблем и «исправляющих селф» [Fosshage, 1987] аспектов сновидений. Х. Кохут [Кохут, 2003] утверждал, что, когда «селф» находится под угрозой фрагментации или распада, функция сновидения состоит в том, чтобы восстановить «селф».

В рамках контекста топографической модели З. Фрейда, сновидения, являющиеся продуктом бессознательного, высоко ценились в соответствии с первичной терапевтической задачей сделать бессознательное сознательным. С развитием его структурной модели, терапевтический фокус сдвинулся к интерсистемному конфликту (конфликту в рамках взаимодействия сил Ид, Суперэго и Эго) и к анализу защит. Этот интерсистемный конфликт можно обнаружить в любом поведении пациента, включая сновидения. Таким образом, психоаналитики раздели-

лись на два лагеря. Если одни продолжали придавать снам центральное значение [Altman, 1969; Garma, 1966; Greenson, 1970], другие рассматривали сны как равно заслуживающие внимание вместе с другим аналитическим материалом, не более и не менее важные, чем любой другой кусок клинического материала [Arlow, Brenner, 1964; Brenner, 1969; Waldhorn, 1967]. Последние аналитики подчеркивали важность понимания функции сновидения в контексте конкретной терапевтической ситуации, чтобы понять, представляет ли данное сновидение «переживание или отказ от переживаний» [Pontalis, 1974, p. 85]. Эти аналитики, среди которых было немало представителей эго-психологии, подчеркивали в сновидении аспекты сопротивления.

Сновидения в групповой работе

Когда сновидение снится участнику работающей психотерапевтической группы, то группа сильно влияет на его (сновидение) возникновение и на его формирование. Р. Фридман (2002) считает, что сновидения могут быть бессознательно наведены на индивида другими или группой. Сновидец при этом идентифицируется с содержанием, выброшенным группой, и видит его во сне, т.е. сновидение тоже может быть проективной идентификацией, как и действие в бодрствующем состоянии.

Групповые терапевты много изучали «групповое сновидение», тип сновидения, в котором проявляются сходные характерные черты: открытое или слабо замаскированное упоминание группы, появление терапевта или присутствие эмоционального климата, производного от групповой ситуации.

М. Гротъян [Grotjahn, 1975] использовал метод превращения рассказанного одним участником группы сна в «групповое сновидение», когда участникам группы предлагают реагировать на этот сон своими ассоциациями и эмоциями «как будто бы это был их собственный сон», при этом «реакция группы заступает на место толкования». Сегодня это является общепринятой техникой работы со снами в групповой аналитической терапии [Рутан, Стоун, 2002; Grotjahn, 1975; Friedman, 2008]. Хотя в какой-то степени всё, о чем говорится в группе после того, как кто-то из участников расскажет сон, можно считать ассоциациями, связанными с этим сновидением, даже если участников специально не просят выдавать такие ассоциации.

Какие же процессы в группе отражает появление рассказов членов группы о сновидениях? Многие групповые терапевты и исследователи групповой динамики придерживаются мнения, что группа проходит в своем развитии определенные фазы [Беннис, Шепард, 1984; Рутан, Стоун, 2002; Levine, 1979]. Существует пересечение в описании разных

ми авторами фаз группового развития [Беннис, Шепард, 1984; Рутан, Стоун, 2002; Agazarian, 1994; Levine, 1979]. Барук Левин (1979) считает, что основная работа, которую следует выполнить членам группы во время, первой, параллельной (как он ее назвал), фазы состоит в том, чтобы увеличить их уровень доверия терапевту, другим членам группы, групповой ситуации, чтобы освободить их автономные стремления и действия. Д. Рутан и У. Стоун [Рутан, Стоун, 2002] считают, что переход ко второй фазе осуществляется, когда проблемы доверия теряют остроту и когда большинство пациентов ощущают свою принадлежность к группе. Для И. Агазарян [Agazarian, 1994] группа при таком переходе начинает становиться «хорошим» объектом. Во второй фазе (фаза включения по В. Levine) [Levine, 1979] члены группы, стремясь сохранить свою принадлежность к группе, в то же время пытаются утвердить свое право быть самими собой, пытаются освободиться от излишней идентификации не только с терапевтом, но и с группой. Эту фазу группового развития иногда сравнивают с анальной фазой индивидуального развития. Для этой фазы характерно бурное выражение эмоций, ощущение норм группы как излишне жестких, характерно образование подгрупп, склонность к отреагированию. На этой фазе члены группы начинают в полной мере проигрывать в группе свои жизненные сценарии, в поведении членов группы отстраненность чередуется с бурными эмоциональными проявлениями и конфликтами.

Когда же в группу начинают привноситься сновидения? В самом начале группы участники редко рассказывают сновидения, во всяком случае сны, приснившиеся накануне. Для Г. Аммона [Аммон, 1995] пересказ снов в группе является знаком того, что «проведены когерентные границы группы, обеспечивающие возможность аналитической работы и корректирующего развития Я». М. Гротьян [Grotjahn, 1975] замечает, что пересказ сновидений в группах связан с «некоторым чувством сплоченности, устойчивой матрицей на основе множественных переносов». Можно также вспомнить Гарольда Стюарта [Stewart, 1993], который в 1993 г. в своей статье о связи сновидений и переноса описывал появление у пациента первого сновидения в анализе вслед за материалом в анализе, связанным с переносом и свидетельствующим об интроекции хорошей груди. Т.е. можно предполагать, что появлению пересказа сновидений, в первую очередь «групповых», в группе предшествует первичная интроекция группы как хорошей груди в переносе членами группы. Если сопоставить все это (вышеприведенные высказывания М. Гротьяна, Г. Аммона) с описанием фаз группового развития, то наиболее вероятно, что первые, особенно групповые, сновидения будут привноситься в группу не раньше времени перехода ко второй фазе, наиболее веро-

ятно — во второй фазе, обычно в фазе «отлива» (вспомним характерное для этой фазы чередование периодов сильной эмоциональной вовлеченности и отстранения). Какова же может быть функция внесения сновидений, особенно групповых, на этой (второй) фазе группового развития? Эта фаза наполнена конфликтами. Нередко сновидения приносятся в группу ее членами в фазе «отлива» после сильного конфликта в группе, или в его предвкушении, когда в группе возникает некоторое ощущение изолированности и отчуждения (одиночества) у участников. Ж.Б. Понталис пишет, что «когда конфликт безостановочно проигрывается на сцене (реального) мира, тогда в доступе на сцену сновидений нам отказано» и тогда «процесс сна, помимо всего прочего, является восстановителем, в Клейнианском смысле», восстанавливая «внутренний объект, разрушенный на части деструктивной ненавистью» [Pontalis, 1974, с. 94]. Но когда конфликт отступает в тень или еще находится в тени, все же незримо присутствуя, этот конфликт проявляется в сновидениях [Pontalis, 1974]. И тогда внесение в группу кем-то из ее членов сновидения (всегда символизирующего, с точки зрения Ж.Б. Понталиса, «материнский объект») и процесс успешной групповой работы над ним может также вести к «восстановлению» внутреннего образа группы в (материнском) переносе у ее участников, «расколо-тому на части деструктивной ненавистью».

Можно вспомнить, что группа может возвращаться ко второй фазе развития, фазе включения [Levine, 1979], в периоды, предшествующие отпуску терапевта и в периоды, связанные с другими перерывами в работе группы, при уходе ее членов, или присоединении новых [Levine, 1979; Wright, 1989].

Не так редко в эти периоды в группе появляются рассказы о сновидениях. В эти периоды участники часто чувствуют, что их связи с группой ослабевают, снова может возникать чувство изолированности, которого не было буквально накануне. Мы можем здесь вспомнить концепцию М. Кана [Khan, 1972] о пространстве сновидения, где он подчеркивал переходный характер этого пространства (в Винникоттовском смысле [Винникотт, 2012]), можем вспомнить аналитиков, подчеркивавших отражение в сновидении аспектов ранней связи ребенка и матери. Также как переходный объект облегчает для ребенка сепарационную тревогу, сновидение, внесенное кем-то из участников группы и работа над ним в группе, может облегчать сепарационную тревогу для участников. У Д.В. Винникотта [Винникотт, 2012] переходный объект, не просто облегчает сепарационную тревогу ребенка, но и помогает ему развиваться в сторону все большей автономии. Ту же двойственную задачу и для сновидца и для других участников может выполнять и внесение

сновидений в группу и их обработка в ней, «способствуя как развитию индивида в сторону автономии, так и сплоченности группы» [Ван Вик, 2009, с. 301].

Вспомним, что задачами второй фазы в развитии группы является способность включаться в происходящее глубоко индивидуально значимым для себя способом, не теряя при этом связи с другими участниками и сохраняя способность к автономии, интеграция индивидуальных различий в групповой контекст. «Групповые сновидения» (а возможно и все сновидения, пересказываемые в группе) членов группы являются отражением преломления текущей групповой ситуации через их глубокий индивидуальный жизненный опыт и установки (вспомним концепции С.Р. Паломбо [Palombo, 1978], Э. Хартмана [Hartman, 1998, 1999]). Таким образом сновидения у членов группы, внесение этих сновидений в группу и их обработка в ней способствуют решению задач второй фазы развития в динамике группы, помогая человеку, сохраняя свои индивидуальные особенности и установки, чувство Я, одновременно чувствовать себя частью текущей групповой ситуации, частью группы. Причем при внесении сновидений в группу и их проработки в ней решение этих задач происходит путем «обучения через переживание» [Бион, 2008].

Нередко на этой фазе группового развития участники могут утверждать свою индивидуальность путем опозданий, пропусками сессий, подчеркиванием, что их переживания «отличаются» от переживаний другого члена группы, даже если со стороны сходство между их переживаниями очевидно. Можно видеть, как удачная работа со сновидением участника в группе может уменьшать на порядок эти проявления, способствуя прогрессу группового развития, и, наоборот, как неудавшаяся проработка сновидения, привнесенного в группу, может вести к увеличению опозданий, пропусков.

Одни аналитики подчеркивают во внесении сновидений в группу тенденцию сопротивления [Foulkes, 1975], ухода от трудных переживаний [Pontalis, 1974], от значимой коммуникации с другими. Другие подчеркивают в этом же явлении, при условии подходящей обработки в группе, решающие проблемы [French, 1953], «исправляющие селф» [Юнг, 2008; Fosshage, 1987; Fiss, 1999] аспекты, аспект стремления к развитию отношений (трансформационный аспект потенциала сновидения у Р. Фридмана [Friedman, 2008]). В сущности, сновидение, как и пересказ сновидения, являются одновременно выражением обоих этих тенденций. Какая из этих двух тенденций выступит на первый план в данный момент, во многом зависит от контекста конкретной ситуации в аналитическом (в данном случае групповом) процессе. Этот контекст

определяется и фазой в развитии группы, и способностью к контейнированию определенных трудных переживаний, организующих сновидение, у терапевта и группы, и влияющей на эту способность динамикой отношений переноса-контрпереноса в группе. При этом следует сказать, что способность контейнирования у группы во многом зависит от способности контейнирования у терапевта. Осознание ведущим своих контрпереносных чувств представляется очень важным в работе с группой и здесь можно согласиться с Р. Фридманом, который пишет, что «большинство трансформаций в терапии являются результатом обработки трудных эмоций в душе терапевта, часто сначала даже путем бессознательного участия в трудных межличностных паттернах» [Friedman, 2002, с. 64]. Если допустить, что сновидение, по словам Ж.Б. Понталиса, — это «восстановитель» (в Клейнианском смысле); оно «чинит» внутренний объект, расколотый на части деструктивной ненавистью» [Pontalis, 1974] и если принять концепцию Р. Фридмана, что рассказ о сновидении в группе — «это запрос о контейнировании трудных чувств» [Friedman, 2002], то возникает вопрос, насколько частота внесения сновидений в группу связана с затруднениями в контейнировании трудных чувств, особенно агрессивных в психике ведущего?

Нередко в группе можно видеть, как внесение сновидения каким-то участником регулирует степень его активности в группе, вовлеченности в происходящее в группе. Например, участница М. активно и страстно борется с психотерапевтом так же, как она с подросткового возраста боролась и до настоящего времени борется со своими родителями «за признание». Другие участники ее не поддерживают и заняты больше построением отношений друг с другом. Так же, как в своей семье, она становится в группе «проблемой», «не понятно чего желающей». Так же, как не поддерживал ее бунта против родителей послушный брат, не очень поддерживают ее и другие члены группы. Когда эта участница рассказала на группе свое сновидение, в проработку которого включилась вся группа, ситуация изменилась. Я не буду сейчас приводить содержание этого сновидения. Я хочу только сказать, что в этом сновидении и в ассоциациях на него отразился контекст эмоциональных переживаний, в том числе очень ранних, которые она до этого только отреагировала в своем поведении, и на которые теперь смогли адекватно отреагировать члены группы. М. почувствовала себя понятой, другие участники присоединились к ее недовольству в адрес терапевта, сделав его более осмысленным по содержанию. Пересказав свое сновидение, она перешла от активного, недостаточно осмысленного отреагирования в поведении к более рефлексивной позиции в группе, что само по себе помогло ей быть более понятой другими. С другой стороны, участник П., очень ши-

зоидный молодой человек, имеющий отстраненные отношения с родителями и практически не имеющий друзей, отчаянно оберегающий «свои личностные границы от постороннего вторжения» и в то же время избегающий конфликтов, испытывал трудности с нахождением способов вовлечения в происходящее в группе значимым для себя способом. После сессии, где участница М. пересказала свой сон, он выбрал этот модус коммуникации, чтобы больше включиться в происходящее. Сначала он рассказал в группе сновидение, которое приснилось ему давно, но оставило эмоциональный отпечаток. Во многом оно имело индивидуальный смысл и мало было непосредственно связано с происходящим в группе, однако, он получил некоторые реакции от других членов группы. Ободренный этими реакциями, несколько сессий спустя он рассказал другое сновидение, которое приснилось ему накануне и было более связанным с происходящим в группе. Это помогло ему больше эмоционально вовлечься в групповой процесс. Если пересказ сновидения помог участнице М. занять немного более эмоционально отстраненную позицию, что было полезно для нее, участнику П. то же самое помогло эмоционально больше включиться в группу, что сыграло для него положительную роль. Таким образом, и в том, и в другом случае пересказ сновидений выполнил «регулирующую, выравнивающую» функцию для активности участников и их вовлеченности в происходящее в группе. Кроме того, при переходе от фазы к фазе в групповом развитии между участниками могут быть различия в готовности перейти к задачам следующей фазы. Чтобы это развитие произошло, вопросы, остро стоящие в предыдущих фазах, например кризис авторитета ведущего, должны быть во многом разрешены. Однако в силу особенностей индивидуального развития это не у всех участников может происходить в одинаковой степени. Пересказ сновидений в группе и их обработка может здесь тоже играть выравнивающую роль, выравнивая позиции тех, кто «чуть отстал» и тех, кто «чуть впереди».

Заключение

В целом можно обобщить сегодняшние взгляды на функцию сновидений следующим образом:

1. Сновидения связаны с конфликтными процессами в текущих отношениях и попытками продвинуться в их разрешении [Fairbairn, 1954; Palombo, 1978]. Эти процессы вовлекают, в том числе, инстинктивные драйвы сновидца.
2. Сновидения связывают эти текущие конфликты с прошлыми конфликтами в значимых отношениях сновидца и с попытками разрешения этих конфликтов в прошлом [Fairbairn, 1954; Palombo, 1978].

3. В сновидениях и в их пересказе другому, отражается попытка с целью разрешения этих конфликтов опереться на позитивные аспекты опыта самых ранних отношений сновидца (как ребенка) с матерью [Винникотт, 2012; Friedman, 2002; Gammill, 1980; Pontalis, 1974; Stewart, 1973]. Если у сновидца недостаточно такого позитивного опыта, у него не будет также полноценной способности к сновидениям (как символической активности) [Бион, 2008; Seagal, 1980; Stewart, 1993].

Подобным образом, если у членов группы было недостаточно возможности развить материнский позитивный перенос на группу как на целое, вряд ли группа будет способна полноценным образом использовать язык снов для продвижения в своем развитии. Скорее, вместо этого, конфликтные и противоречивые чувства будут отреагироваться в поведении ее участников.

В отношении функции внесения сновидений в группу можно предположить следующее:

1) представляется, что сновидения начинают вноситься в группу не с самого ее начала, а после некоторого периода, когда «проведены когерентные границы группы» [Аммон, 1995]. И пересказ сновидений в группе связан с «устойчивой матрицей на основе множественных переносов» [Grotjahn, 1975]. Предполагается, что пересказ сновидений связан с определенной фазой группового развития, когда для участников становится особенно важно подчеркнуть свою индивидуальность в противовес влиянию группы и ведущего. Предполагается, что пересказ сновидений и их проработка в группе способствует восстановлению «целостного внутреннего образа группы» у участников при его разрушении в связи с явными и скрытыми конфликтами в группе. Также предполагается, что пересказ сновидений и их проработка в группе способствуют облегчению сепарационной тревоги, связанной с перерывами в работе группы;

2) пересказ сновидений в группе может иметь «выравнивающий» эффект на степень активности сновидца в группе и на степень вовлеченности в происходящее в ней. Пересказ сновидений в группе и их проработка может иметь также выравнивающий эффект на группу, выравнивая позиции тех, кто «чуть отстал» и тех кто «чуть впереди» в решении задач группового развития;

3) в пересказе сновидений в группе всегда присутствуют одновременно и сопротивление, и импульс к развитию. Какая тенденция будет выходить на первый план в каждый данный момент зависит от контекста.

ЛИТЕРАТУРА

Аммон Г. Динамическая психиатрия / Санкт-Петербург: Издательство Психоневрологического Института им. В.М. Бехтерева, 1995. 200 с.

- Беннис У., Шепард Г. Теория группового развития // Современная зарубежная социальная психология / Москва: Издательство Московского университета, 1984. С. 142—161.
- Бион У.Р. Научение через опыт переживания / Москва: Когито-Центр, 2008. 128 с.
- Ван Вик Ю.Е. Значение сновидений в групповом психоанализе // Групповой психоанализ / Под редакцией Притц А., Выкоукаль Э. Москва: Verte, 2009. С. 288—302.
- Винникотт Д.В. Игра и реальность / Москва: Институт общегуманитарных исследований, 2012.
- Кохут Х. Анализ самости: системный подход к лечению нарциссических нарушений личности / Москва: Когито-Центр, 2003.
- Рутан Д.С., Стоун У.Н. Психодинамическая групповая психотерапия / Питер, 2002.
- Фрейд З. Толкование сновидений / Азбука, 2014. 512 с.
- Юнг К.Г. Общие аспекты психологии сновидений // Структура и динамика психического / Москва: Когито-Центр, 2008. С. 269—319.
- Adler A. On the interpretation of dreams // International Journal of Individual Psychology. 1936. № 2. P. 3—16.
- Agazarian Y.M. The phases of development and the systems-centered group // Ring of fire: Primitive object relations and affect in group psychotherapy / Ed.: M. Pines & V. Schermer. London, UK: Routledge, Chapman & Hall, 1994. P. 36—85.
- Altman L. The Dream in Psychoanalysis / New York: International Universities Press, 1969.
- Arlow J.A., Brenner C. Psychoanalytic Concepts and the Structural Theory / New York: International Universities Press, 1964.
- Brenner C. Dreams in clinical psychoanalytic practice (1969) // The dream discourse today / Ed.: S. Flanders. London and New York: Routledge, 1993. P. 49—63.
- Fairbairn W.R.D. An Object Relations Theory of Personality / New York: Basic Books, 1954.
- Fiss H. An experimental self psychology of dreaming. Clinical and theoretical applications // Dimensions of self experience, progress in self psychology / Ed.: A. Goldberg. Hillsdale. NJ: The Analytic Press, 1989. Vol. 5. P. 13—24.
- Fosshage J.L. A Revised Psychoanalytic Approach // Dream interpretation, a comparative study / Ed.: J. L. Fosshage, A. L. Clemens. New York: PMA Publishing Corp., 1987. P. 299—316.
- Fosshage J.L., Loew C.A. Comparison and Syntesis // Dream interpretation, a comparative study / Ed.: J.L. Fosshage, C.A. Loew. New York: PMA Publishing Corp., 1987. P. 243—295.
- Foulkes S.H. Group analytic psychotherapy: methods and principles. London: Gordon & Breach, 1975.
- French T., Fromm E. Dream interpretation: a new approach / New York: Basic Books, 1964.
- Friedman R. Dream-telling as a Request for containment in Group therapy- The Royal Road through the Other // Dreams in Group Psychotherapy / Ed.: M. Pines, C. Neri, R. Friedman. London, NY: Jessica Kingsley Publishers, 2002. P. 46—67.

- Friedman R.* Dream-telling as a request for containment: Three uses of dreams in group therapy // International Journal of Group Psychotherapy. 2008. № 58 (3). P. 327—345.
- Gamill J.* Some reflections on analytic listening and the dream screen // The dream discourse today / Ed.: S. Flanders. London and New York: Routledge, 1993. P. 127—136.
- Garma A.* The Psychoanalysis of Dreams / New York: Jason Aronson, 1966.
- Greenson R.R.* The exceptional position of the dream in psychoanalytic practice // The dream discourse today / Ed.: S. Flanders. London and New York: Routledge, 1993.
- Grotjahn M.* Analytische Gruppentherapie / Munchen: Kindler Studiererausgabe, 1979.
- Hartmann E.* Dreams and nightmares. The new theory of the origin and meaning of dreams / New York: Plenum, 1998.
- Hartmann E.* Traumata kontextualisiert Emotionen // Traum, Affekt und Selbst / Ed.: Bareuther et al. Edition discord. Tübingen, 1999.
- Khan M.R.* The use and abuse of a dream (1972) // The Privacy of the Self / London: Hogarth Press, 1974. P. 306—316.
- Levine B.* Group psychotherapy, practice and development / London: Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1979.
- Lewin B.D.* Sleep, the mouth, and the dream screen // Psychoanalytic Quarterly. 1946. Vol. 15. P. 419—434.
- Padel J.H.* Object Relation Approach // Dream interpretation, a comparative study / ed.: J.L. Fosshage, C.A. Loew. New York: PMA Publishing Corp., 1987. P. 125—148.
- Palombo S.R.* The adaptive function of dreams // Psychoanalysis and Contemporary Thought. 1978. № 1. P. 443—476.
- Pontalis J-B.* Dream as an object // Int. Review of Psycho-analysis. 1974. Vol 1. P. 125—133.
- Rycroft C.* A contribution to the study of the dream screen // International Journal of Psychoanalysis. 1951. № 32. P. 178—184.
- Segal H.* The function of dreams // The dream discourse today / Ed.: S. Flanders. London and New York: Routledge, 1993. P. 100—107.
- Stewart H.* The experiencing of the dream and the transference // The dream discourse today / Ed.: S. Flanders. London and New York: Routledge, 1993. P. 122—126.
- Waldhorn H.F.* Reporter: Indications for psychoanalysis: The place of the Dream in Clinical Psychoanalysis (Monograph II of the Kris Study Group of the New York Psychoanalytic Institute) / Ed.: E.D. Joseph. New York: International Universities Press, 1967.
- Wright H.* Groupwork: Perspectives and Practice / London: Scutary Press, 1989.

ON FUNCTIONS OF DREAMS AND DREAM-TELLING IN THE CONTEXT OF GROUP DYNAMICS

M.S. CHISTYAKOV

This article narrates how the views on the function, the role and the use of dreams in therapy have developed in psychoanalysis. The article makes the assumption that dreams are brought to the group not from the beginning, but that the retelling of

dreams is related to the particular phase of group development. It is assumed that the retelling of dreams and their processing in a group helps to restore the integrity of the "inner image of the group", that participants have, when it is under destruction in connection with the open or concealed conflicts in the group. It is also assumed that retelling of the dreams and their processing in the group may fulfill several other functions (relieving of separation anxiety for participants, associated with interruptions in the work of the group; a "leveling, regulating" effect on the activity level of the participants and on the degree of their involvement in what is going on in the group; aligning the positions of those who are "slightly behind" and those who are "slightly ahead" in meeting the challenges of group development).

Keywords: function of dreams, stages of group development, function of dreamtelling, "inner image of the group", separation anxiety in the group, "leveling" effect of dream-telling.

- Ammon G.* Dinamicheskaia psikhiairiia / Saint Petersburg: Izdatel'stvo Psikhonevrologicheskogo Instituta im. V.M. Bekhtereva, 1995. 200 p.
- Bennis U., Shepard G.* Teoriia gruppovogo razvitiia. Sovremennaia zarubezhnaia sotsial'naia psikhologiya / Moscow: Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta, 1984. Pp. 142—161.
- Bion U.R.* Nauchenie cherez opyt perezhivaniia / Moscow: Kogito-Tsentr, 2008. 128 p.
- Van Vik Iu.E.* Znachenie snovidenii v gruppovom psikhoanalize // Gruppovoi psikhoanaliz / Pod redaktsiei Pritts A., Vykoukal' E. Moscow: Verte, 2009. Pp. 288—302.
- Vinnikott D.V.* Igra i real'nost' / Moscow: Institut obshchegumanitarnykh issledovani, 2012.
- Kokhut Kh.* Analiz samosti: sistemnyi podkhod k lecheniiu nartsissicheskikh narushenii lichnosti / Moscow: Kogito-Tsentr, 2003.
- Rutan D.S., Stoun U.N.* Psikhodinamicheskaia gruppovaia psikhoterapiia / Saint Petersburg: Piter, 2002.
- Freid Z.* Tolkovanie snovidenii / Azbuka, 2014. 512 p.
- Iung K.G.* Obschie aspekty psikhologii snovidenii // Struktura i dinamika psikhicheskogo / Moscow: Kogito-Tsentr, 2008. Pp. 269—319.
- Adler A.* On the interpretation of dreams. International Journal of Individual Psychology. 1936. № 2. Pp. 3—16.
- Agazarian Y.M.* The phases of development and the systems-centered group. Ring of fire: Primitive object relations and affect in group psychotherapy / Ed.: M. Pines & V. Schermer. London, UK: Routledge, Chapman & Hall, 1994. Pp. 36—85.
- Altman L.* The Dream in Psychoanalysis / New York: International Universities Press, 1969.
- Arlow J.A., Brenner C.* Psychoanalytic Concepts and the Structural Theory / New York: International Universities Press, 1964.
- Brenner C.* Dreams in clinical psychoanalytic practice (1969). The dream discourse today / Ed.: S. Flanders. London and New York: Routledge, 1993. Pp. 49—63.
- Fairbairn W.R.D.* An Object Relations Theory of Personality / New York: Basic Books, 1954.
- Fiss H.* An experimental self psychology of dreaming. Clinical and theoretical applications. Dimensions of self experience, progress in self psychology / Ed.: A. Goldberg. Hillsdale. NJ: The Analytic Press, 1989. Vol. 5. Pp. 13—24.

- Fosshage J.L.* A Revised Psychoanalytic Approach. Dream interpretation, a comparative study / Ed.: J. L. Fosshage, A. L. Clemens. New York: PMA Publishing Corp., 1987. Pp. 299—316.
- Fosshage J.L., Loew C.A.* Comparison and Syntesis. Dream interpretation, a comparative study / Ed.: J.L. Fosshage, C.A. Loew. New York: PMA Publishing Corp., 1987. Pp. 243—295.
- Foulkes S.H.* Group analytic psychotherapy: methods and principles / London: Gordon & Breach, 1975.
- French T., Fromm E.* Dream interpretation: a new approach / New York: Basic Books, 1964.
- Friedman R.* Dream-telling as a Request for containment in Group therapy- The Royal Road through the Other. Dreams in Group Psychotherapy / Ed.: M. Pines, C. Neri, R. Friedman. London, NY: Jessica Kingsley Publishers, 2002. Pp. 46—67.
- Friedman R.* Dream-telling as a request for containment: Three uses of dreams in group therapy. International Journal of Group Psychotherapy. 2008. № 58 (3). Pp. 327—345.
- Gammill J.* Some reflections on analytic listening and the dream screen. The dream discourse today / Ed.: S. Flanders. London and New York: Routledge, 1993. Pp. 127—136.
- Garma A.* The Psychoanalysis of Dreams / New York: Jason Aronson, 1966.
- Greenson R.R.* The exceptional position of the dream in psychoanalytic practice. The dream discourse today / Ed.: S. Flanders. London and New York: Routledge, 1993.
- Grotjahn M.* Analytische Gruppentherapie / Munchen: Kindler Studiererausgabe, 1979.
- Hartmann E.* Dreams and nightmares. The new theory of the origin and meaning of dreams / New York: Plenum, 1998.
- Hartmann E.* Traumen kontextualisiert Emotionen. Traum, Affekt und Selbst / Ed.: Bareuther et al. Edition discord. Tübingen, 1999.
- Khan M.R.* The use and abuse of a dream (1972). The Privacy of the Self / London: Hogarth Press, 1974. Pp. 306—316.
- Levine B.* Group psychotherapy, practice and development / London: Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1979.
- Lewin B.D.* Sleep, the mouth, and the dream screen. Psychoanalytic Quarterly. 1946. Vol. 15. P. 419—434.
- Padel J.H.* Object Relation Approach. Dream interpretation, a comparative study / ed.: J.L. Fosshage, C.A. Loew. New York: PMA Publishing Corp., 1987. Pp. 125—148.
- Palombo S.R.* The adaptive function of dreams. Psychoanalysis and Contemporary Thought. 1978. № 1. Pp. 443—476.
- Pontalis J-B.* Dream as an object. Int. Review of Psycho-analysis. 1974. Vol. 1. Pp. 125—133.
- Rycroft C.* A contribution to the study of the dream screen. International Journal of Psychoanalysis. 1951. № 32. Pp. 178—184.
- Segal H.* The function of dreams. The dream discourse today / Ed.: S. Flanders. London and New York: Routledge, 1993. Pp. 100—107.
- Stewart H.* The experiencing of the dream and the transference. The dream discourse today / Ed.: S. Flanders. London and New York: Routledge, 1993. Pp. 122—126.
- Waldhorn H.F.* Reporter: Indications for psychoanalysis: The place of the Dream in Clinical Psychoanalysis (Monograph II of the Kris Study Group of the New York Psychoanalytic Institute) / Ed.: E.D. Joseph. New York: International Universities Press, 1967.
- Wright H.* Groupwork: Perspectives and Practice / London: Scutary Press, 1989.

СВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ В ПСИХОТЕРАПИИ

Е.Г. ГРЕБЕНЮК

Статья рассказывает о понятии свидетельствования в двух подходах — Аутентичном Движении и нарративной терапии. Она знакомит читателя с ключевыми идеями и принципами, форматами работы и возможностями, которые они открывают. Предпринимается попытка сопоставления двух подходов друг с другом, что приглашает к дальнейшему размышлению относительно развития методологии и практики психотерапии.

Ключевые слова: психотерапия, свидетель, Аутентичное Движение, нарративная практика.

«Одна половина трагедии — не быть услышанным и увиденным;
другая её половина — не быть слышащим и видящим»

Барбара Майерхоф

«Мы хотим быть увиденными другим — такими, как мы есть.

Мы хотим быть свидетельствованными.

И в конечном счете — мы хотим свидетельствовать другого»

Джанет Адлер

Введение

История психотерапии — это в каком-то смысле история осмысления и рефлексии происходящего в западном обществе XX в. — рефлексии включенной и активной, стремящейся сбалансировать, найти и предложить недостающее. Если мы рассматриваем терапию с этой позиции, то практики свидетельствования, о которых идет речь в данной статье, могут быть своеобразным ответом на вопрос: какого способа общения недостает в современной культуре, и чего мы оказываемся лишены в связи с этим?

Статья кратко знакомит читателя с двумя подходами: в них независимо друг от друга развивались форматы работы, включающие позицию свидетеля, и самобытное понимание этого процесса. Заключительный раздел высвечивает моменты сходства и предлагает ряд размышлений по этому поводу.

Аутентичное Движение

Аутентичное Движение — практический подход, опирающийся на аналитическую психологию К. Юнга, и сформировавшийся во второй половине 20 в. в США. Это время, когда развивается понимание танца, его эстетики и способов осмысления. На западе в целом повышается интерес к телесности, к восточным философским учениям и практикам, возникает танцевально-двигательная терапия.

Мэри Старкс Уайтхаус, с работ которой начинается история подхода, училась у пионеров танца модерн и сама преподавала танец. В 50-х гг., после опыта личной терапии и обучения юнгианскому психоанализу в Цюрихе, она замечает параллели между движением и психотерапией. Уайтхаус начинает исследовать движение с закрытыми глазами как форму активного воображения [Юнг, 2007] и называет этот процесс «movement-in-depth» (глубинное движение).

Джанет Адлер, ученица Уайтхаус, дает название новому направлению психотерапии — Аутентичное Движение, которое также приходит из области современного танца — данный термин заимствуется из описания выступления Мэри Вигман [Adler, 2002, с. 1] (здесь нужно пояснить, что заглавные буквы в названии показывают, что речь идет именно о конкретном направлении, а не качестве аутентичности в целом). Именно Дж. Адлер осмысляет и разрабатывает понятие свидетельства в этой практике.

Базовый формат Аутентичного Движения выглядит следующим образом: один человек двигается с закрытыми глазами («движущийся»), другой — видит его со стороны («свидетель»), после чего они встречаются для разговора. Могут задействоваться и другие способы для перехода к более сознательному состоянию и интеграции в нем того опыта, который был пережит в движении: рисунок, письмо, лепка и т.д.

Закрытые глаза у движущегося — способ открыться бессознательно: полагается, что в нашей визуально ориентированной культуре зрение в большей степени связано с эго-позицией [Hartley, 2004]. Таким образом, в телесном проживании и движении становится возможной встреча сознания и бессознательного: «Сердце этого опыта — переживание того, что такое двигаться и быть движимым. В идеале, оба эти качества присутствуют в одно и то же мгновение. Это моменты полной осознанности, воссоединения того, что я делаю — и того, что происходит со мной» [Whitehouse, 1999, с. 43].

Итак, движение может переживаться по-разному. В соответствии с идеями аналитической психологии это описывается с точки зрения возможных источников движения: эго, личное, коллективное или первичное бессознательное, самость [Ходоров, 2009].

В процессе движения можно выделить также разные уровни переживания: телесные импульсы и ощущения, эмоции и чувства, образы и идеи. По его окончании движущийся рассказывает о них свидетелю. Надо сказать, что к вербализации в Аутентичном Движении подходят очень внимательно: освоение языка описания опыта становится важной частью практики.

Свидетель во время движения партнера наблюдает за ним и за собственными ощущениями, и после рассказа движущимся он также может дать отклик. Роль свидетеля в процессе очень велика — по словам Джанет Адлер, эти две позиции неразрывно связаны — интерперсональное и интраперсональное измерения переплетены [Adler, 2002]. Во-первых, свидетельствование выступает поддержкой для движущегося. Внимательное присутствие другого человека воплощает сознательное начало — помогает исследовать бессознательный материал и не дать ему быть забытым. Кроме того, диадные отношения выступают как «терапевтический контейнер», позволяя выносить сильные переживания. Движущийся приобретает опыт того, что другой человек видит его без осуждения, оценок, интерпретаций и т.п. Так он учится занимать подобную позицию по отношению к самому себе — у него формируется фигура «внутреннего свидетеля» [Adler, 2002]. Во-вторых, важно научиться свидетельствовать особым образом. Наблюдая движение, свидетель встречается с различными аспектами собственного опыта и отделяет их от фактических движений другого человека — то есть, используя психоаналитическую терминологию, приобретает навык присваивания своих проекций. Также он учится сопереживать другому, сохраняя при этом устойчивость и контакт со своими ощущениями, давать отклик таким образом, чтобы это было полезно движущемуся, быть включенным и внимательным — к себе, другому и — на более поздних этапах практики — к группе людей одновременно (Collective body) [Adler, 2002].

Аутентичное Движение может быть медитативной практикой, художественным исследованием [Гиршон, 2010]; в рамках данной статьи оно интересует нас в первую очередь как психотерапевтический формат, который позволяет решать следующие задачи:

- оформление, проживание и интеграция различного рода бессознательного материала;
- телесная воплощенность: повышение телесной и эмоциональной осознанности;
- развитие способности к внимательным, уважительным отношениям, навыка отделения собственных оценок и проекций;
- развитие сознания — фигуры внутреннего свидетеля.

Аутентичное Движение может практиковаться вдвоем или в триадах, в группе с ведущим или в группе равных; также практика может плодотворно сочетаться с другими методами вербальной и танцевально-двигательной терапии.

Нарративный подход

История нарративного подхода в психотерапии перемещает нас на другой конец земного шара — он появляется в конце 1980-х годов в ходе сотрудничества М. Уайта (Австралия) и Д. Эпстона (Новая Зеландия) [Уайт, 2010; White, Epston, 1991]. Соответственно, это более поздний подход, концептуально близкий идеям постструктурализма и социального конструкционизма [Burr, 1997; Combs, Freedman, 2012].

Важное влияние на нарративный подход оказали идеи М. Фуко: то, как человек понимается в западной философии, это не отражение неотъемлемой «человеческой природы», а результат социальных процессов и исторических условий. Поэтому те проблемы и характеристики, которые традиционно в психотерапии считаются «внутренними», могут вовсе не являться таковыми. Так М. Уайт и Д. Эпстон приходят к практике экстернализации — отделения человека от проблемы [White, Epston, 1991].

Но на что же можно опираться в психотерапии, если мы отказываемся от подобных представлений о внутреннем устройстве человека? М. Уайт и Д. Эпстон предлагают в качестве ориентира нарративную метафору [Bruner, 1986]. Её идея заключается в следующем: мы осмысливаем и упорядочиваем жизненный опыт, структурируя его через истории. Целью психотерапии в этом случае становится пересочинение личной истории таким образом, чтобы она в большей степени воплощала ценности человека и поддерживала его переживание авторской позиции. Существуют определенные принципы, помогающие создавать такие истории [см. например, Уайт, 2010].

В ходе работы М. Уайт замечает, что клиенты стараются привлечь публику для рассказа своей новой истории. Он начинает сознательно применять подобные форматы, исследует метод рефлексивной команды, предложенный Т. Андерсоном [White, 1995]. Но особенно созвучными и вдохновляющими оказываются работы Б. Майерхоф [Mayerhoff, 1978; 2007].

Б. Майерхоф, — американский антрополог в конце 70-х гг. разрабатывает и применяет в своей работе с сообществом пожилых евреев, проживающих в Калифорнии, формат «Церемоний признания самоопределения» (Definitional Ceremonies). Данное сообщество образовалось в результате эмиграции, но несмотря на свое изолированное, маргинальное и в целом сложное положение, люди внутри него проявляли актив-

ность и страсть к смыслу. Это привело Б. Майерхоф к идее организовать пространство, где они смогут рассказывать о своей жизни, приносить материалы, фотографии, письма, — и выступать в качестве внимательно слушающей публикой друг для друга. Такие встречи оказываются мощным опытом: «...Это послание о протяженности, послание о связанности каждой жизни с целым. Это мы имеем в виду, когда говорим, что жизнь имеет значение: она откуда-то берет начало и простирается куда-то ещё. Так наступает восстановление, фундаментальное исцеление — когда история рассказана и услышана» [Mayerhoff, 2007, с. 19].

Опираясь на эти идеи и собственную практику, М. Уайт находит способ структурировать процесс свидетельствования, который оказывается наиболее действенным. Это реализуется следующим образом. Если в ходе индивидуальной работы с клиентом возникает идея работы со свидетелями, к их подбору и подготовке подходят весьма тщательно. Свидетелями могут выступить родственники и друзья, люди помогающих профессий, люди со схожим жизненным опытом. С ними проводится предварительная встреча, где рассказывается цель и принципы процесса. Оговаривается то, что не уместно в данной работе: моральная и профессиональная оценка, сравнение с нормами и интерпретации, советы, поучительные притчи, навязывание своего мнения, попытки помочь или подбодрить, поздравления и комплименты и т.д. Далее происходит сама встреча. Сначала терапевт в присутствии свидетелей некоторое время разговаривает с человеком, который находится в центре церемонии (клиентом), о его опыте и тех ценностях, которые за ним стоят. После этого свидетели озвучивают свои отклики в ответ на услышанное. Структура этих откликов направлена на создание резонанса вокруг общих ценностей. Наконец, клиент дает свой отклик на сказанное свидетелями.

Процесс взаимных откликов направляется терапевтом, который последовательно задает следующие вопросы [Уайт, 2010]:

1. Слова и выражения из рассказа, которые привлекли внимание.
2. Образы, ассоциации, метафоры, которые возникли: как это может говорить о ценностях и надеждах рассказчика.
3. Резонанс: личный опыт, который оказался затронут.
4. Катарсис: как эта история повлияли на слушателя.

Данная практика оказывается значимой для участников по многим причинам: уплотнение предпочитаемой истории, эквивалентное нескольким сессиям с терапевтом; терапевт уходит из фокуса внимания и расширяется аудитория; ощущение связи между своими ценностями, надеждами, мечтами — и таковыми у других людей; ощущение собственной способности сделать вклад в жизнь других людей и др. [Russel, Carey, 2004]. Она может применяться не только в контексте индивиду-

альной работы, но и, например, для разрешения конфликтов в семейных или профессиональных отношениях [Russel, Carey, 2004]. Другой вариант ее приложения — в качестве метода интервизии и супервизии в нарративной практике [Fox, 2002]. Наконец, данный формат широко применяется в работе с сообществами [Denborough, 2008].

В чем резонанс двух практик?

Очевидно, что описанные подходы очень различны, — и тем интереснее обнаружить в них моменты сходства.

Оба они по-своему контркультурны: они *подвергают более пристальному рассмотрению то, что кажется само-собой-разумеющимся*.

В Аутентичном Движении предлагается альтернативная точка зрения на телесность: «Поразительно, как часто люди почти полностью не осознают себя физически. Наши индивидуальные способы сидеть, стоять, двигаться, есть, курить, говорить — настолько привычны, что кажутся естественными и не заслуживающими внимания. Чудесное удовольствие от движения, доступное в детстве, потеряно. Движение стало средством для достижения конечного результата, обычно рационального и целенаправленного, и происходит автоматически в ответ на сотни умственных образов того, как пойти куда-то и сделать что-то» [Whitehouse, 1999, с. 43].

В нарративной практике вслед за М. Фуко сильна рефлексивная и критическая позиция по отношению к «микropolitике» в области психотерапии: «Нам стоит распознавать контекст тех идей, в котором размещены наши практики, и исследовать историю этих идей. Это позволит более ясно увидеть эффекты, опасности и ограничения этих идей и нашей собственной практики. И, вместо убежденности в том, что терапия не имеет отношения к социальному контролю, нам стоит признать, что она содержит множество таких возможностей. Таким образом, нам необходимо работать над тем, чтобы идентифицировать и критиковать те аспекты нашей работы, которые могут иметь отношение к техникам социального контроля» [White, Epston, 1991, с. 29].

Продолжая эту идею, оба подхода исследуют ответы на вопрос: *какой терапевтической практики недостает в современной культуре?*

Аутентичное Движение: «Мы не были в достаточной степени увиденными, или увиденными с достаточным принятием, или увиденными с достаточной любовью, или увиденными с достаточной осознанностью — мы достигаем зрелого возраста с неутоленным стремлением быть увиденным другим. В Западном обществе явно ощутима эта глубинная необходимость человека быть увиденным таким, какой он есть — в том, что он делает» [Adler, 2002, с. 6].

Нарративный подход: «Эти церемонии — ритуалы признания и положительной переоценки жизни людей (по контрасту со многими ритуалами современной культуры, которые выносят суждение и принижают человеческие жизни, унижают людей). Жизнь людей часто сравнивается с социальными нормами, и в результате выносятся негативные суждения: люди оцениваются как неадекватные, некомпетентные, несостоятельные» [Уайт, 2010, с. 182].

Процесс поиска ответов на этот вопрос можно проиллюстрировать введением в практику каждого из подходов некоторых схожих принципов:

1. Восстановление связи с культурным контекстом.

Оба подхода по-своему обращаются к укорененным в культуре идеям и практикам.

Нарративный подход: «Нечто весьма странное произошло внутри западной культуры. Стало считаться, что если люди переживают травму, им необходимо искать помощи стороннего профессионала, (...) который оставит за пределами своего офиса любую связь с локальной фольклорной культурой» [Denborough, 2008, с. 162].

Аутентичное Движение: «Дисциплина Аутентичного Движения берет свое начало одновременно и в древних, и в современных формах танца. (...) её корни — в целительных практиках, танце и мистицизме» [Adler, 2002, с. 187].

2. Интеграция индивидуальности и совместности.

Ценность связи с культурой, социальным контекстом, другими людьми — так они отходят от идеи индивидуализма (и изоляции как её последствия). Это не обращение к коллективистскому полюсу, а выход за пределы их противопоставления.

Аутентичное Движение: «В течение последнего столетия стремление к индивидуализации было доминирующим; мы правомерно искали освобождения от оков и ограничений, накладываемых на нашу персональную свободу, выбор и самосознание, — групповой идеологией, массовой психологией и религиозным догматизмом. Мы преуспели в развитии индивидуального самосознания, но трагическим результатом этого стала потеря чувства принадлежности, потеря воплощенного переживания единения с телом племени, с телом самой земли» [Hartley, 2004, с. 67]. Дж. Адлер подчеркивает, что коллективизм опасен, когда он бессознателен. Если же мы осознанно находим путь быть уникальными, находясь с другими людьми в общем кругу, — это имеет особую ценность [там же].

В нарративной практике также звучит ценность «единства в многообразии» (по выражению П. Фрейре). Поэтому работа со свидетелями и сообществами очень приветствуется: «Это дает возможность заглянуть

за пределы дуализма индивидуализма и коллективизма. Взамен мы можем исследовать, как внутри одной культуры сосуществует язык индивидуалистический — и язык традиции, коллективной приверженности» [Denborough, 2008, с. 179].

3. Быть увиденным и услышанным другим человеком — это важно.

В обеих практиках находит отражение следующая идея: человеку важно быть увиденным другим в собственной уникальности — без её нормирования и интерпретации, обесценивания или превознесения, попыток помочь или исправить. Но наше общество предлагает драматически мало таких возможностей. В данных подходах предпринимается попытка найти ответ на вопрос, в какой форме включить эти принципы в структуру практики?

«Стремление быть присутствующим в каждом движении своего тела приглашает движущегося воспринимать себя действительно всерьез... Когда как свидетель я называю каждый жест, движущийся учится тому, что любое его движение стоит того, чтобы быть увиденным. Этот чрезвычайно простой акт признания создает пространство для практики» [Adler, 2002, с.18].

«В соответствии с понятием катарсиса вопросы свидетелю направлены на то, каким образом услышанные истории переместили, продвинули его в собственной жизни. Это понятие побуждает нас признать, что истории оказали на нас влияние» [Уайт, 2010, с. 214].

В своем устройстве эти форматы транслируют участникам что-то вроде следующей идеи: моё движение, моё слово не могут быть правильными или неправильными, они просто такие — и в этом своем выражении они заслуживают внимания, они имеют значение, они не могут не влиять на другого человека.

Здесь также звучит представление: мы всегда существуем в отношениях; процесс предъявления себя другому — это не рассказ о себе, это и есть «Я»: «Перформанс — это не только лишь инструмент, чтобы быть увиденным. Перформанс и есть самоопределение, он равноценен самопровозглашению» [Mayerhoff, 2007, с. 33].

4. Другого можно видеть с позиции свидетеля.

Эти практики учат занимать позицию свидетеля: нарративный подход — через структурирование процесса терапевтом; Аутентичное Движение — благодаря продолжительной дисциплине самонаблюдения. Находясь в этой позиции, невозможно не меняться: это опыт соприкосновения с собственными образами, эмоциями, историями, ценностями.

5. С позиции свидетеля можно видеть самого себя.

Будучи увиденным другим и учась быть свидетелем другого, человек учится быть свидетелем самого себя. Безусловно, эта идея более ярко

звучит в Аутентичном Движении. У постструктуралистски настроенного читателя словосочетание «внутренний свидетель» может вызвать неоднозначные ощущения.

Однако если мы стремимся к методологической стройности, соотнести эти два подхода нам позволяет концепция Диалогического Я — Гурберт Херманс вполне оправданно называет свою теорию «bridging theory», «Я» в ней рассматривается как динамическое множество Я-позиций, находящихся в непрерывном процессе взаимодействия друг с другом [Hermans, 2012]. Эта теория может быть отнесена к постструктуралистским, поскольку она описывает «Я» как относительное, текучее и полифоничное, рассматривает его в связи с социальным контекстом и отношениями власти. С другой стороны, она не противоречит и психоаналитическим взглядам. Более того, и в них присутствует тенденция перехода «от идеи выделения сознания/предсознания/бессознательно-го ко взгляду на «Я» как децентрированное — конфигурацию меняющихся, нелинейных, прерывающихся состояний сознания в их продолжающейся диалектичности со здоровой иллюзией собственной целостности» [Rowan, 2010, с. 8].

Итак, можно предложить такой способ концептуализации: в процессе описанных коммуникативных практик у человека развивается способность к свидетельствованию как определенной Я-позиции. Сам Херманс не выделяет таковой (мета-позиция — это несколько другое), хотя описанная им позиция «трансцендентной осознанности» весьма похожа на описание «сознания свидетеля» в Аутентичном Движении [Hermans, 2012, с. 18—20]. Но даже не претендуя на неё, способность свидетельствования как уважительного и поддерживающего внимания к себе и собственному многообразию может стать важным навыком.

6. Человек — эксперт по своей жизни.

Дж. Адлер (Аутентичное Движение): «Клиент — эксперт по своему собственному опыту» [Hartley, 2004, с. 30]. В нарративном подходе классической является формулировка: «Клиент — эксперт по своей жизни, терапевт — эксперт по задаванию вопросов».

Безусловно, позиция терапевта в этих двух практиках различна. Однако тенденция едина: поддержка у клиента чувства авторства — способности интерпретировать и определять свою жизнь.

7. Внимательность к языку описания опыта.

Осознанная речь и подбор слов — это путь реализации тех принципов, которые описаны выше. В Аутентичном Движении — как дисциплина развития сознания; в нарративной практике — как чуткость к конституирующей (создающей реальность) роли языка.

8. Движение от психотерапии к практикам.

Поскольку и тот и другой формат включает в своей структуре необходимые ценности и принципы, они более демократичны — больше возможностей для их воспроизведения без необходимости обращаться к терапевту как авторитетной фигуре. Они смешают его из центра работы, передавая терапевтическую функцию группе. На начальных этапах принципиально важно присутствие человека, который будет поддерживать необходимую структуру взаимодействия. Но это удобные форматы для группы равных — людей, знакомых с принципами и имеющих определенный опыт. Не случайно оба подхода предпочитают слово «практика» слову «терапия» с его коннотациями и ограничениями.

Безусловно, это скорее направление движения; но что, если ненадолго разрешить себе смелость задаться вопросом: а куда оно может нас привести? Быть может, на определенном этапе развития общества стало необходимо выделение психотерапии как отдельной функции, но потом она сможет быть интегрирована обратно в коммуникативные, двигательные, социальные практики (как это было когда-то, но уже иным образом)?

Заключение

Сейчас кажется занятой куда более близкая перспектива: например, если видны различия и сходства в этих двух практиках, что можно с этим делать? Смешивать их не кажется хорошей идеей. Однако весьма вероятно, что опыт одной может усиливать опыт другой: Аутентичное Движение предлагает возможности для телесного воплощения, нарративный подход — для задавания вопросов и вписывания опыта в жизненный и социальный контекст.

Упрощая, можно сказать, что данные практики применяют схожие принципы к разным уровням человеческого опыта. Здесь мы приходим к вопросу о том, как можно создать постструктуралистский подход к пониманию идентичности, включающий в себя телесность, и какие методы психотерапии могут быть созданы на его основе.

Наконец, становится возможным вопрос: а что, если встраивать практики свидетельствования в другие доступные нам контексты? Каким могло бы стать, например, образование, если бы такие принципы существовали в нем наряду с распространенными ритуалами оценки и соревнования, вариациями на тему «что хотел сказать автор»?

ЛИТЕРАТУРА

Гирион А.Е. Истории, рассказанные телом. Практика Аутентичного Движения / СПб.: Речь, 2010.

- Уайт М. Карты нарративной практики: Введение в нарративную терапию / М.: Генезис, 2010.
- Ходоров Д. Танцевальная терапия и глубинная психология: Движущее воображение / М., Когито-Центр, 2009.
- Юнг К. Аналитическая психология. Тавистокские лекции / М: Азбука, 2007.
- Adler J. Offering from the conscious body. The discipline of Authentic Movement / Inner traditions, Rochester, Vermont, 2002.
- Burr V. Social Constructionism and Psychology / The New Psychologist, OUPS, Milton Keynes, 1997.
- Bruner J. Life as narrative // Social Research. 1987. 54 (1). Pp. 11—32.
- Combs G., Freedman J. Narrative, Poststructuralism, and social justice: current practices in narrative therapy // The Counseling Psychologist. 2012.
- Denborough D. Collective narrative practice: Responding to individuals, groups, and communities who have experienced trauma / Adelaide: Dulwich Centre Publications, 2008.
- Hermans H., Gieser T. History, main tenets and core concepts of dialogical self theory // Handbook of Dialogical Self theory / UK: Cambridge university press, 2012.
- Mayerhoff B. Number our days // A Touchstone book / NY: Simon&Schuster, 1978.
- Mayerhoff B. Stories as equipment for living (last talks and tales of Barbara Mayerhoff) / The university of Michigan Press, 2007.
- Fox H. Outsider-witness practices and group supervision // International Journal of Narrative Therapy and Community Work. 2002. № 4.
- Hartley L. Somatic psychology. Body, mind and meaning / L., Whurr Publishers Ltd, 2004.
- Rowan J. Personification. Using dialogical self in psychotherapy and counseling / NY: Routledge, 2010.
- Russel S., Carey M. Narrative therapy. Responding to your questions / Adelaide: Dulwich Center Publications, 2004.
- White M., Epston D. Narrative means to therapeutic ends / NY: A Norton professional book, 1991.
- White M. Reflecting teamwork as definitional ceremony // Re-Authoring Lives: Interviews and Essays / Adelaide: Dulwich Centre Publications, 1995.
- Whitehouse M.S. The Tao of the Body// Authentic movement: essays / Ed. by P. Pal-laro. UK, Jessica Kingsley Publishers, 1999.

WITNESSING IN PSYCHOTHERAPY

E.G. GREBENYUK

The article introduces the concept of witnessing in two approaches — Authentic Movement and narrative therapy. It speaks of the main ideas and principles, methods and possibilities, opening by them. Also it analyses the relationship between two approaches and invite the reader to the further questioning about the development of methodology and practice of psychotherapy.

Keywords: psychotherapy, witness, Authentic Movement, narrative practice.

- Girshon A.E.* Istorii, rasskazannye telom. Praktika Autentichnogo Dvizheniia / SPb.: Rech', 2010.
- Uait M.* Karty narrativnoi praktiki: Vvedenie v narrativnuiu terapiiu / M.: Genezis, 2010.
- Khodorov D.* Tantseval'naia terapiia i glubinnaia psikhologiiia: Dvizhushchee voo-brazhenie / M., Kogito-Tsent, 2009.
- Lung K.* Analiticheskaia psikhologiiia. Tavistokskie leksii / M: Azbuka, 2007.
- Adler J.* Offering from the conscious body. The discipline of Authentic Movement / Inner traditions, Rochester, Vermont, 2002.
- Burr V.* Social Constructionism and Psychology / The New Psychologist, OUPS, Milton Keynes, 1997.
- Bruner J.* Life as narrative. Social Research. 1987. 54 (1). Pp. 11—32.
- Combs G., Freedman J.* Narrative, Poststructuralism, and social justice: current prac-tices in narrative therapy. The Counseling Psychologist. 2012.
- Denborough D.* Collective narrative practice: Responding to individuals, groups, and communities who have experienced trauma / Adelaide: Dulwich Centre Publications, 2008.
- Hermans H., Gieser T.* History, main tenets and core concepts of dialogical self theory // Handbook of Dialogical Self theory / UK: Cambridge university press, 2012.
- Mayerhoff B.* Number our days. A Touchstone book / NY: Simon&Schuster, 1978.
- Mayerhoff B.* Stories as equipment for living (last talks and tales of Barbara Mayer-hoff) / The university of Michigan Press, 2007.
- Fox H.* Outsider-witness practices and group supervision. International Journal of Narrative Therapy and Community Work. 2002. № 4.
- Hartley L.* Somatic psychology. Body, mind and meaning / L., Whurr Publishers Ltd, 2004.
- Rowan J.* Personification. Using dialogical self in psychotherapy and counseling / NY: Routledge, 2010.
- Russel S., Carey M.* Narrative therapy. Responding to your questions / Adelaide: Dulwich Center Publications, 2004.
- White M., Epston D.* Narrative means to therapeutic ends / NY: A Norton professional book, 1991.
- White M.* Reflecting teamwork as definitional ceremony // Re-Authoring Lives: Interviews and Essays / Adelaide: Dulwich Centre Publications, 1995.
- Whitehouse M.S.* The Tao of the Body. Authentic movement: essays / Ed. by P. Pallaro. UK, Jessica Kingsley Publishers, 1999.

ПОНЯТИЕ ВСТРЕЧИ В ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИИ РАЗВИТИЯ

М.В. ЕРМОЛАЕВА, Д.В. ЛУБОВСКИЙ

В статье обсуждаются возможности для применения понятия встречи (encounter) в двух областях практической психологии развития — в работе с эстетическим опытом, получаемым людьми при восприятии художественных произведений, и применительно к психологической помощи пожилым людям, для которых одним из значимых видов деятельности становится воспоминание своей жизни. За основу принято понимание встречи, предложенное У. Шутцем, который показал психотехнические средства для ее достижения в психотерапии, и Р. Мэем, применившим данное понятие в психологии творчества. Авторы статьи уточняют психотехнические средства для достижения основных аспектов встречи (открытость, сознание себя, ответственность и др.) применительно к работе психолога с эстетическим опытом, получаемым при восприятии художественных произведений, и работе с воспоминаниями о своей жизни людей зрелого и пожилого возраста. Значение встречи с эстетическим опытом рассматривается в контексте формирования системы средств овладения собственными эмоциями (Л.С. Выготский). Подчеркнуто значение встречи с воспоминаниями о прошлом для формирования новообразований зрелых возрастов.

Ключевые слова: встреча, эстетический опыт, художественное восприятие, воспоминания, открытость, сознание себя, ответственность, внимание к чувствам, принцип «здесь и теперь».

Первоначально понятие встречи (encounter) появилось в психотерапии для обозначения особого рода межличностного взаимодействия, достижимого в психотерапевтической работе с клиентом или группой, но в психологию оно вошло в контексте ценностного взаимодействия творческой личности (художника или ученого) с миром [Мэй, 2012]. Целью данной работы является использование возможностей понятия «встреча» применительно к двум сферам жизни человека, изучаемым психологией развития — к восприятию художественных произведений и воспоминанию собственной жизни как деятельности, играющей значительную роль в развитии личности в зрелом возрасте и в старости. По нашему мнению, и применительно к восприятию человеком произведений литературы и искусства, и в отношении воспоминания человеком

своей жизни в определенных случаях можно говорить о том, что произошла встреча в том глубоком смысле, который вкладывается в данное понятие при использовании его в психотерапии.

Хорошо известно, что слово «встреча» не передает всей полноты значения английского слова «encounter». Толковые словари английского языка дают определение данного слова как неожиданной или случайной встречи с кем-либо или чем-либо (возможно, с чем-то трудным или с кем-то недружественным), или как особого рода встречи с другим человеком (например, «a romantic encounter» — романтическая встреча или свидание). В русском языке некоторые смысловые оттенки данного понятия передавало то значение слова «категория», которое оно имело в начале XX века, но впоследствии утратило: «В языке тогдашней культуры под словом «категория» понималось нечто весьма определенное: категория есть острое столкновение позиций, характеров, драматическая коллизия, конфликт между людьми или внутри человека, столкновение, сопровождаемое острыми эмоциональными переживаниями. Термин этот широко использовался в живописи, поэзии, музыке, но особенно — в театре, в языке театра, театральной режиссуры» [Вересов, 2007]. Н.Н. Вересов убедительно показал, что именно в этом значении Л.С. Выготский использовал его в формулировке генетического закона культурного развития («Всякая функция появляется на сцене дважды...») [Выготский, 1983, с. 145].

Понятие встречи (encounter) было введено в обиход психотерапии много лет назад. Его первое использование приписывается основоположнику психодрамы Я. Морено. Позднее К. Роджерс применил данное понятие в названии созданного им направления групповой психотерапии [Rogers, 1970], но по-настоящему полно оно было проанализировано в работах У. Шутца [Schutz, 1973]. Поскольку основные аспекты встречи как события в процессе психотерапии и в душевной жизни клиента подробно изложены в широко доступной литературе на русском языке (например, [Психотерапевтическая энциклопедия, 2000]), нет необходимости излагать их подробно. На наш взгляд, вполне достаточно ограничиться лишь напоминанием о них для того, чтобы показать специфику данных аспектов в двух названных выше сферах жизни человека, изучаемых психологией развития.

У. Шутц дал определение группы встреч, в котором названы такие признаки данного понятия, как открытость и честность, сознание себя и своего физического «Я», ответственность, внимание к чувствам и принцип «здесь и сейчас». В таблице ниже названы средства достижения этих элементов встречи применительно к психотерапии, восприятию художественных произведений и воспоминаниям о собственной жизни.

Таблица 1

Основные аспекты встречи («encounter») и средства их достижения

Аспекты встречи (encounter)	Средство достижения в рассматриваемых областях практики / видах деятельности		
	Групповая психотерапия	Восприятие художественных произведений	Воспоминание собственной жизни
Открытость и честность	Самораскрытие	Открытость опыту эстетического восприятия	Открытость любым воспоминаниям
Сознание себя и своего физического «Я»	Самоосознание	Осознание своих эстетических переживаний	Осознание чувств по поводу вспоминаемых событий
Ответственность	Участники должны отвечать за поведение, которое они демонстрируют или от которого они отказываются в группе	Содействие принятию своих эстетических переживаний	Содействие принятию своих переживаний по поводу вспоминаемых событий
Внимание к чувствам	Достижение более высокого уровня осознания членами группы своего аффективного потенциала	Развитие средств осознания и выражения эстетических чувств	Развитие средств осознания и выражения своих переживаний по поводу вспоминаемых событий
Принцип «здесь и сейчас»	Фокусировка внимания на настоящем	Внимание к чувствам «здесь и сейчас» в связи с воспринимаемым художественным произведением	Внимание к чувствам «здесь и сейчас» в связи с вспоминаемыми событиями

Чтобы и восприятие художественного произведения, и воспоминание своей прошедшей жизни имели бы для человека наибольший эффект развития и саморазвития, необходимы психотехнические средства фасилитации встречи. Для этого необходимо уточнение и переосмысление тех средств, которые подробно изучены и описаны в психотерапии.

«Встреча» в восприятии художественного произведения. Хорошо известно, что далеко не все художественные и литературные произведения, воспринятые человеком, производят на него глубокое впечатление, то есть далеко не весь опыт художественного восприятия становится для

человека встречей, открывающей для него возможности саморазвития или психологической самопомощи. В то же время, многие впечатления, полученные от встреч с произведениями искусства, требуют проработки для того, чтобы событие, которым для человека стало чтение книги, просмотр кинофильма и т.п., было бы завершено, а полученный опыт амплифицирован. Такая работа требуется, очевидно, в тех случаях, когда впечатления сильны («Из зала я вышел другим человеком», «Эта книга мне запала в душу» и т.д.), но люди при этом затрудняются понять, что же именно с ними произошло. Знание об основных аспектах встречи необходимо для ее фасилитации как события в духовной жизни человека, необходимо также и представление о психотехнических средствах, которыми можно помочь этому событию.

В возникновении встречи с художественным произведением как события участвуют множество факторов, таких, как мотивация личности, особенности эмоциональной сферы вообще и в момент восприятия художественного произведения в частности, эстетические предпочтения и многое другое. Катарсис как эстетическая реакция, «короткое замыкание» аффектов, блестяще проанализированное Л.С. Выготским в «Психологии искусства» — не что иное, как встреча, но для того, чтобы она состоялась, требуется, чтобы у человека имелась, помимо самих аффектов, система средств художественного восприятия, позволяющих воспринять эмоции и чувства, заложенные автором в произведении. Вся культурно-историческая теория, созданная Л.С. Выготским после написания «Психологии искусства», убеждает в том, что такая система средств овладения собственными эмоциями представляет собой высшую психическую функцию, т.е. осознанную, опосредствованную и произвольную динамическую систему восприятия художественных образов и переработки эстетического опыта. Сформированность восприятия художественных образов как высшей психической функции выступает одним из решающих условий для того, чтобы знакомство с произведением искусства стало встречей, содействующей изменению себя. Как и любая другая высшая психическая функция, этот вид восприятия формируется на протяжении многих лет, в детстве и отрочестве в процессе художественного воспитания и на протяжении всей жизни при получении эстетического опыта.

Мы сосредоточимся на обсуждении тех психотехнических средств, которые могут быть использованы для фасилитации встречи с художественным произведением здесь и теперь либо для завершения работы чувств, вызванных полученными ранее впечатлениями.

Открытость и честность как предпосылки встречи применительно к восприятию художественных произведений означают, прежде всего, от-

крытость эстетическому опыту, в том числе неожиданному, не согласующемуся с привычными представлениями о себе. Личностной predisposition для открытости эстетическому опыту, очевидно, выступает внутренняя честность, глубокая осознанность «Я», повышенная рефлексивность и критичность, способность не скрывать от себя любой эстетический опыт, даже самый неожиданный. Затруднениями могут выступать ригидность представлений о себе, препятствующая осознанию опыта, а также предрассудки, обусловленные интроецированными оценками того или иного направления в искусстве и литературе или предвзятым отношением к личности художника («N был наркоманом, что он мог создать хорошего?»). Проработка таких препятствий при помощи средств, эффективность которых доказана в психотерапевтической практике (например, гештальт-терапевтических техник работы с интроектами), а также содействие осознанию чувств, непосредственно возникающих в процессе восприятия художественного произведения, содействуют возникновению встречи человека с художественным текстом.

Сознание себя в контексте эстетического восприятия неотделимо от осознания чувств, возникающих в процессе восприятия художественного произведения. Однако опыт, непосредственно относящийся к «Я» человека можно выделить на основании того, что при восприятии художественного произведения многие люди, особенно в детстве, отрочестве и юности идентифицируют себя с героями любимых произведений. Встрече с этим видом эстетического опыта способствовали бы, например, вопросы о том, как при помощи прилагательных может быть охарактеризован герой произведения («Какой он?»). В том случае, если герой выступает идеалом или негативным идеалом телесности, вопросы могут быть сконцентрированы на отношении к своей телесности в связи с обликом героя.

Ответственность применительно к рассматриваемой проблеме означает, прежде всего, принятие ответственности за свой эстетический опыт, чувства по отношению к героям и художественным образам. Этому содействуют, например, техники перефразирования, при помощи которых психолог помогает преобразовать безличные высказывания клиента в предложения от первого лица («Я почувствовал, что...»). Конечно, проявлениями избегания ответственности могут быть и оценочные суждения, в которых человек, например, высказывает свое мнение о героях произведения, отдаляясь от неожиданных идентификаций с ними или от сильных чувств, вызванных художественным текстом. Средства для проработки такого избегания имеются во многих психотерапевтических подходах и широко применяются в психологическом консультировании.

Внимание к чувствам может быть достигнуто, с одной стороны, благодаря применению техник, содействующих осознанию чувств, с другой стороны, расширению средств выражения чувств. Последнее особенно важно в работе с людьми, испытывающими проблемы по типу алекситимии, а также в различных областях арт-педагогике, от школьных уроков по изобразительному искусству до занятий в музеях и художественных студиях. В детской практической психологии разработано немало развивающих программ, направленных на расширение средств понимания и выражения чувств (например, «Тропинка к своему Я» О.В. Хухлаевой). Применение приемов, направленных на расширение средств понимания и выражения чувств, в художественном воспитании детей и подростков содействовало бы формированию у них системы средств овладения собственными эмоциями при восприятии художественных произведений.

Принцип «здесь и сейчас» реализуется благодаря сосредоточению людей на чувствах, вызываемых художественным произведением, в данный момент. Даже если, например, в психологическом консультировании клиент рассказывает о сильных чувствах, которые он испытал при восприятии художественного произведения в прошлом, необходимо помочь ему пережить этот опыт заново, как если бы он воспринимал это произведение в настоящий момент. Этот прием хорошо известен практикам гештальт-терапии и может быть успешно использован для проработки прошлого опыта восприятия художественных произведений. Реализации принципа «здесь и сейчас» могут содействовать и другие техники, направленные на преодоление склонности к избеганию, прерыванию контактов и других видов психологических защит. Реализации данного принципа способствуют также различные приемы развития способности к поддержанию и расширению контакта.

Для того, чтобы встреча с художественным произведением стала предпосылкой для изменения себя, требуется, на наш взгляд, еще одно условие. Человеку необходимо занять свою позицию по отношению к художественному произведению и своему эстетическому опыту, то есть принять позицию субъекта художественного восприятия. Для понимания позиции субъекта художественного восприятия за основу нами было взято понимание внутренней позиции личности, сформулированное нами при анализе учебной деятельности [Лубовский, 2014; Ермолаева, Лубовский, 2015]. Понимая внутреннюю позицию личности как отражение во внутреннем плане ведущих мотивов личности в соотношении с возможностями их реализации в действии, мы предлагаем свое понимание позиции субъекта художественного восприятия. Ее можно определить как отражение не только ведущих мотивов, но и эстетических по-

требностей, ставших предпосылкой встречи с художественным произведением, эмоций, вызванных произведением, а также тех особенностей произведения, которые их пробудили. Конечно, такое понимание позиции субъекта художественного восприятия предполагает достаточно высокий уровень развития художественного восприятия. Но все перечисленные здесь приемы и техники фасилитации встречи с художественным произведением и с эстетическим опытом содействуют возникновению у человека такой позиции.

Встреча при воспоминании собственной жизни. Большинство исследователей развития личности в пожилом возрасте и старости придают большое значение воспоминанию как деятельности, в которой формируются новообразования завершающих этапов жизненного пути. Особое значение воспоминания имеют в старости. В этом возрасте у пожилых людей автобиографическая память, особенно память на исторические события, свидетелями и участниками которых были они сами, полностью сохранна. И сохранна эта память потому, что её значение слишком велико: она способствует реинтеграции смысла прошлой жизни (многие считают этот опыт важнейшим содержанием старости), способствует поддержанию идентичности, исследованию внутренних оснований собственного бытия. Воспоминания расширяют внутренний горизонт личности и делают пожилого человека ответственным за прожитую жизнь. Б.Г. Ананьев показал, что размышления над вопросами, связанными со смыслом прожитой жизни, оказывают принципиальное влияние на характеристику завершающих фаз жизненного пути. По мнению автора, парадокс завершения жизни заключается в том, что «умирание» форм человеческого существования наступает раньше физического одряхления [Ермолаева, 2002]. В связи с этим осознание уникальности своей жизни в ходе воспоминаний, рефлексии опыта прожитой жизни (ее ресурсов, потенциалов, достижений) делают пожилого человека самоценным и ответственным в собственных глазах, и, в этом смысле, выступает в роли витаукта, по терминологии В. Фролькиса, т.е. процесса, направленного на поддержание жизнеспособности в старости и увеличение продолжительности жизни [Ермолаева, 2002].

Важно подчеркнуть, что понятие «встреча» в том смысле, который ему придавал Р. Мэй, как нельзя лучше подходит к случаю воспоминаний пожилого человека в контексте интеграции жизненного опыта. Жизненный опыт не является прерогативой старости, он складывается на протяжении жизненного пути, но его значение как интегративной смыслообразующей структуры личности становится очевидным именно в позднем возрасте. В старости человек «насыщен жизнью», но в то же время отстранен от нее. Это позволяет человеку понять экзистенци-

альный смысл жизни, что и составляет суть духовных исканий пожилого человека.

Воспоминание о значимых событиях жизненного пути — это встреча человека с самим собой, подлинным, проверенным жизнью. В этот процесс вносят вклад самосознание, рефлексия, смысложизненные и ценностные ориентации, пространственно-временные координаты жизненного пути. Итогом таких воспоминаний становится жизненный опыт, творящий собственное пространство, время и смысл. В нем проявляется субъектность, осмысленная структурность, аксиологичность, экзистенциальность человека. Для того, чтобы жизненный опыт формировался как высшая психическая функция [Ермолаева, 2011], для того, чтобы воспоминание стало деятельностью, содействующей интеграции представлений о себе и своем жизненном пути и не было бы безрезультатным перебиранием образов прошлого, сочетающимся с отвержением настоящего, необходимо, чтобы произошла встреча как глубокий и интенсивный контакт человека с собой, своим прошлым опытом и воспоминаниями о своей жизни. Анализируя психологические условия для такой встречи, нетрудно убедиться, что среди них много общего с условиями встречи с художественными произведениями. Техники психологической помощи, используемые для содействия встрече, в принципе те же самые, хотя и с некоторыми изменениями, обусловленными психологической проблематикой зрелого возраста и старости.

В работе с людьми зрелого и пожилого возраста очевидны два вида трудностей. Одна из них в том, что люди старшего поколения прожили почти всю жизнь в условиях, когда в нашей стране не было ни системы психологической помощи, ни рынка психотерапевтических услуг. В силу этого многие пожилые люди имеют превратное представление о психологической помощи, зачастую путая ее с психиатрической, не склонны обращаться за помощью к психологам, не считают необходимым получать помощь психолога, даже в случаях, когда она им крайне необходима. Другая, не менее очевидная трудность, заключается в том, что любая работа психолога с пожилыми людьми требует крайней осторожности, безусловно тактичного и уважительного отношения к ним, постоянного учета особенностей эмоциональной жизни в пожилом возрасте и старости и других обстоятельств, которые придают специфику работе психолога с данной группой людей [Ермолаева, 2002, 2011]. Для содействия любому аспекту встречи в работе с пожилыми людьми особенно необходимы безусловно позитивное отношение, конгруэнтность в проявлении своего отношения к другому человеку и эмпатия как условия, при которых становятся возможны терапевтические отношения [Rogers, 1957].

Открытость и честность применительно к прошлому опыту означают готовность к встрече с любыми воспоминаниями, не только позитивными, но и негативными, к возникновению отрицательного отношения к себе, самоосуждения, чувства вины, раскаяния и т.д. Уважение к пожилому человеку, безоценочность, поддержка и постоянная готовность психолога прийти на помощь создают для пожилого человека возможности встречи с различными воспоминаниями. Большое значение для фасилитации встречи имеют техники завершения гешталтов незавершенных событий и незавершенных отношений с другими людьми.

Сознание себя и своего физического «Я» при воспоминании пожилыми людьми прошлого зачастую связаны с негативным отношением к себе в настоящем. Содействие встрече в этом аспекте означает содействие возникновению разностороннего, многоаспектного, сочетающего как негативные, так и позитивные стороны образа себя и в настоящем, и в прошлом. Для этого практику необходимо поддерживать разностороннее осознание пожилым человеком себя в прошлом, принятие им разных сторон опыта и разных аспектов Я. Благодаря этому, очевидно, старение начинает восприниматься как обретение жизненной мудрости, терпения, умения любить в обмен на снижение работоспособности, упадок сил и появление многочисленных проблем со здоровьем.

Ответственность применительно к принятию пожилым человеком своей прошлой жизни означает возложение на себя ответственности за свои неудачи, мужество в признании своих ошибок, внутренний локус контроля в отношении своих достижений и неудач. Содействуют принятию ответственности уже названные нами принципы терапевтических отношений, выделенные К. Роджерсом. Для содействия встрече с прошлым опытом в данном направлении также применимы, на наш взгляд, приемы завершения событий с использованием экстернализации внутреннего диалога (техника «пустого кресла» и другие). Контейнирование психологом эмоций и чувств, возникающих у пожилого человека при воспоминаниях о своей жизни, также содействует принятию ответственности за пройденный жизненный путь.

Внимание к чувствам, как и в случае художественного восприятия, предполагает расширение средств для выражения человеком своих эмоций и чувств. Огромное значение в работе с пожилыми людьми имеет эмпатия психолога, позволяющая чувствовать болевые точки в воспоминаниях о прожитой жизни и облегчающая кристаллизацию эмоций и чувств, возникающих в связи с прошлым опытом.

Принцип «здесь и сейчас» в работе с воспоминаниями пожилых людей нуждается в небольшом, но существенном уточнении. Работа пожилых людей с прошлым опытом в психологическом консультировании будет

эффективной, если при воспоминании о событиях, происходивших там и тогда, они будут сосредоточиваться на своих чувствах, проживая события, как если бы они происходили здесь и теперь. Естественно, что такая работа требует крайней осторожности со стороны психолога, а пожилой человек при этом особенно нуждается в поддержке, заботливом и чутком, основанном на эмпатии отношении со стороны психолога. Перечисленные нами приемы и техники, очевидно, не только содействуют встрече человека с прошлым опытом, но и способствуют формированию жизненного опыта как высшей психической функции.

Так что же значит для пожилого человека встреча со своим прошлым в воспоминаниях? Эта встреча позволяет человеку занять по отношению к своей жизненной ситуации позицию для построения новых нравственных ориентиров, для суждения о ней и преодоления страха перед конечностью своего существования. Исходя из уже упомянутого понимания внутренней позиции, ее можно определить как отражение во внутреннем плане своих актуальных мотивов в сочетании с видением того, как обращение к своему прошлому опыту может помочь их реализации. Для пожилого человека исчерпаны возможности реальных изменений в своем жизненном пути, но он может придавать ему новые смыслы в идеальном плане, валидизируя ценность прошлой жизни. По словам Марка Туллия Цицерона, пожилой возраст почитается только при условии, что он защищает себя, поддерживает свои права и до последнего дыхания управляет своей областью.

ЛИТЕРАТУРА

- Вересов Н.Н.* Культурно-историческая психология Л.С. Выготского: трудная работа понимания [Электронный ресурс] // НЛЮ. 2007. № 85. URL: <http://magazines.russ.ru/nlo/2007/85/be6.html> (дата обращения: 06.09.2015)
- Выготский Л.С.* Собр. соч.: В 6 т. Т. 3. История развития высших психических функций / М.: Педагогика, 1983. С. 5—314.
- Ермолаева М.В.* Практическая психология старости. / М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. 320 с.
- Ермолаева М.В.* Психолого-педагогическое сопровождение пожилого человека. Учебное пособие / М., НОУ ВПО Московский психолого-социальный университет, 2011. 464 с.
- Ермолаева М.В., Лубовский Д.В.* Особенности внутренней позиции студентов-психологов // Вопросы психологии. 2015. № 3. С. 58—65.
- Лубовский Д.В.* Феноменология и динамика развития внутренней позиции современных младших школьников [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2014. № 2. С. 50—67. URL: http://psyjournalals.ru/psyedu_ru/2014/n2/69255.shtml (дата обращения: 13.09.2015).
- Мэй Р.* Мужество творить / М.: Институт общегуманитарных исследований, 2012, 160 с.

- Психотерапевтическая энциклопедия / Ред. Б.Д. Карвасарский. 2-е дополненное и переработанное издание. Санкт-Петербург: Питер, 2000. 752 с.
- Хухлаева О.В.* Тропинка к своему Я: уроки психологии в начальной школе / М.: Генезис, 2008. 304 с.
- Rogers C.R.* The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*. 1957. Vol. 21, № 1. Pp. 95–103.
- Rogers C.R.* Carl Rogers on Encounter Groups / New York: Harper and Row, 1970. 124 p.
- Schutz W.* Elements of Encounter / N.Y., Bantam. 1973.

THE CONCEPT OF ENCOUNTER IN PSYCHOTHERAPY AND DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY

M.V. ERMOLAEVA, D.V. LUBOVSKY

The article discusses possibilities for application of the concept of encounter in two areas of practical developmental psychology — in the work with the aesthetic experience gained by people in the perception of artworks and in relation to mental health services for older people, for whom one of the most important activities is the recollection of their life. Authors take as basic the understanding of the encounter proposed by W. Schutz, who showed psychological tools to achieve it in psychotherapy, and R. May, who applied this concept in the psychology of creativity. The authors clarify psychotechnical tools to achieve basic aspects (openness, self-consciousness, responsibility, etc.) in relation to the work of psychologist with the aesthetic experience as a result of the perception of artworks, and recollections of the life in mature and advanced age. The importance of encounter with aesthetic experience is considered in the context of forming a system of means mastering our own emotions (L.S. Vygotsky). Authors stressed the importance of the encounter with recollections of the past for the growth of psychological new formations of mature ages.

Keywords: encounter, aesthetic experience, perception of artworks, recollections, openness, self-consciousness, responsibility, attention to feelings, "here and now" principle.

- Veresov N.N.* Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya L.S. Vygotskogo: trudnaya rabota ponimaniya. *NLO*. 2007. № 85. Available at: URL: <http://magazines.russ.ru/nlo/2007/85/be6.html> (Accessed: 06.09.2015)
- Vygotsky L.S.* *Sobr. soch.:* V 6 t. T. 3. *Istoriya razvitiya vysshikh psikhicheskikh funktsii* / Vygotsky L.S. *Sobr. soch.:* V 6 t. T. 3. Moscow: Pedagogika, 1983. Pp. 5—314.
- Ermolaeva M.V.* *Prakticheskaya psikhologiya starosti* / Moscow: EKSMO-Press, 2002. 320 p.
- Ermolaeva M.V.* *Psikhologo-pedagogicheskoe soprovozhdenie pozhilogo cheloveka. Uchebnoe posobie* / Moscow, NOU VPO Moskovskii psikhologo-sotsial'nyi universitet, 2011. 464 p.

- Ermolaeva M.V., Lubovsky D.V.* Osobennosti vnutrennei pozitsii studentov-psikhologov. *Voprosy psikhologii*. 2015. № 3. Pp. 58—65.
- Lubovsky D.V.* Fenomenologiya i dinamika razvitiya vnutrennei pozitsii sovremennykh mladshikh shkol'nikov. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie psyedu.ru*. 2014. № 2. Pp. 50—67. Available at: URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2014/n2/69255.shtml (Accessed: 13.09.2015).
- May R.* *Muzhestvo tvorit'* / Moscow: Institut obshchegumanitarnykh issledovaniy, 2012, 160 p.
- Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya* / Ed. B.D. Karvasarskii. 2-e dopolnennoe i pererabotannoe izdanie. Spb.: Piter, 2000. 752 p.
- Khukhlaeva O.V.* "Tropinka k svoemu Ya: uroki psikhologii v nachal'noi shkole" / Moscow: Genezis, 2008. 304 p.
- Rogers C.R.* The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*. 1957. Vol. 21, № 1. Pp. 95—103.
- Rogers C.R.* *Carl Rogers on Encounter Groups* / New York: Harper and Row, 1970. 124 p.
- Schutz W.* *Elements of Encounter* / N.Y., Bantam. 1973.

ФОТОТЕРАПИЯ КАК ИНСТРУМЕНТАРИЙ ПСИХОТЕРАПИИ

М.А. КЕВАЦ

В статье описываются специфические техники использования фотографии в психотерапевтической практике, объединенные в понятие фототерапии канадским психотерапевтом Дж. Вайзер и на настоящий момент мало известные в России. Рассмотрено отличие данного понятия от арт-терапии и терапевтической фотографии. Обозначены функции фотографии, которые обеспечивают возможность ее применения в терапии и находят отражение в фототерапии. Приведены примеры использования фототерапии в мировой практике. Сделаны выводы об аудитории и спектре психологических проблем, в работе с которыми данный инструментарий показывает свою эффективность.

Ключевые слова: психотерапия, психокоррекция, арт-терапия, терапевтическая фотография, фототерапия.

Фотография зародилась в 1822 году и долгое время использовалась в различных областях человеческой деятельности — от архитектуры до криминалистики. Только сейчас она находит применение в лечебно-коррекционной сфере и психологии.

В настоящее время в психологической практике есть методики, которые используют творческий потенциал человека. Большинство из них нашли воплощение в арт-терапии — терапии с применением различных средств выразительности. Однако высокая абстракция конечного продукта данной терапии сужает область ее применения.

В 1975 году канадский психолог, арт-терапевт и фотограф Джуди Вайзер стала использовать фотографию как самостоятельный инструмент терапии. Его уникальные свойства вывели фото из поля арт-терапии и открыли новые возможности для лечебно-коррекционной деятельности. Данный подход получил название фототерапии. Фототерапия — это набор взаимосвязанных психотерапевтических техник с использованием во время терапевтической сессии фотографий, вызывающих у клиента эмоциональный отклик. Она позволяет решать самые

разные задачи: от раскрытия потенциала личности и работы с детскими воспоминаниями до борьбы с дисморфофобическими расстройствами и проблемами половой идентификации [Вайзер, 2009]. Глубокое исследование вопроса, проведенное автором, приводит к выводу, что, несмотря на название, фототерапия по своей сути является инструментарием для терапевтической работы.

В настоящее время данный способ использования фотографии мало известен в России: практически не освещаются возможности использования фототерапии, мало научных исследований этой области и еще меньше квалифицированных специалистов. Зарубежные формы подхода в нашей стране практикуют и распространяют А.И. Копытин (2010) (Санкт-Петербург) и О.И. Перевезенцева (2010) (Москва).

Цель данной работы — показать необходимость применения данного инструментария в психотерапевтической практике. Для этого мы ставим следующие задачи:

1. Рассмотреть и сравнить подходы к использованию фотографии в психотерапии и отделить понятие фототерапии от других понятий.
2. Привести примеры проведения фототерапевтических проектов и представить обратную связь от участников; обосновать эффективность данного инструментария в психотерапевтической практике.
3. Сделать выводы об аудитории, для которой данный подход может быть эффективным.

Фототерапия может включать работу с готовыми фотографиями человека, а также создание снимков в процессе терапии [Weiser, 2002]. Ключевой момент — это создание и/или восприятие фотографических образов, обсуждение и различные творческие преобразования: тематические сочинения, рисование, коллаж, инсталляция готовых снимков, изготовление из фотографий фигур и последующая игра с ними: сценическое представление, движение и танец и т. д. [Вайзер, 2009].

В 1990 году Дж. Вайзер провела первый мастер-класс по фототерапии за пределами Канады. После этого различные формы подхода стали использоваться и разрабатываться специалистами во всем мире: Д. Краусс (1983), Д. Стюарт (1979), Б. Закем (1977), А. Энтин (1985) в США; Й. Спенс и Р. Мартин (1985) в Англии; М. Саволайнен (2009) в Финляндии; К. Нуньез (2012) в Испании, А. И.Копытин (2009), О.И. Перевезенцева в России и др.

Дж. Вайзер, как основоположник подхода, разделила способы использования фотографии в терапии на 3 составляющие: арт-терапия, фототерапия, терапевтическая фотография.

Д. Краусс и Дж. Вайзер считают, что у фототерапии и арт-терапии есть общая основа — они являются символическим предположением о

реальности. Разница состоит в конкретном средстве выразительности (фотография является более реалистичной). Однако, как подчеркивает Д. Краусс (1993, 1999), работа с символами здесь происходит по-разному: арт-терапия предполагает, что человек демонстрирует свое внутреннее состояние, собственные представления о происходящем, и он выражает это путем творчества; фототерапия использует внешние реальные символы, через которые человек интерпретирует свое состояние (это может быть проекция своих переживаний на живой объект съемки или предмет, рассказ от его лица; анализ старых семейных снимков; запечатление на фото субъективно важных для человека элементов окружающего пространства для понимания эмоциональных привязок, анализа воспоминаний, и т.д.).

Фототерапия используется терапевтами в непосредственной работе с человеком, а терапевтическая фотография предполагает, что съемка осуществляется за рамками психотерапевтической сессии: для личностного роста, погружения в творческое состояние, изменения мировоззрения — как личного, так и политического, социального и др., укрепления социальных связей или в рамках группового общественного проекта (например, проект «PhotoVoice», позволяющий открыто заявлять о себе и своих проблемах через фотографию). Фототерапия также допускает создание снимков самим терапевтом (Р. Мартин, М. Саволайнен), когда человек находится в определенных условиях и состояниях, будь то погружение в некий возрастной период, примерка социальной роли или иное.

Таким образом, арт-терапия направлена на самовыражение человека путем творчества, и конечная цель этого может варьировать; если человек сделал серию направленных на определенную цель снимков и обсуждает это с терапевтом, это относится к фототерапии; если же снимки остаются для его личного осмысления, речь идет о терапевтической фотографии. Сравнение различных подходов к использованию фотографии в терапии представлено в таблице 1.

Дж. Вайзер видит терапию, связанную с искусством и, в частности, с фотографией как процесс (или «континуум»): изобразительное искусство во время психотерапии с одной стороны и изобразительное искусство как спонтанная терапия с другой стороны (рис. 1). Иными словами, терапия может включать элементы творчества, и наоборот — искусство может трансформироваться в инструмент лечебно-коррекционной деятельности; сущность определяется соотношением этих элементов. Аналогичный подход справедлив в отношении практик фототерапии и терапевтической фотографии, на одном полюсе которого — фотография в процессе психотерапии, а на другом — фотография как терапия (терапевтическая фотография).

Таблица 1

Сравнение различных подходов к использованию фотографии в терапии

Название подхода	Создатель продукта	Инструмент	Субъект терапевтической деятельности	Механизм терапии
Арт-терапия	Клиент	Любой инструмент для создания творческого продукта	Человек, помогающий себе творчеством: самостоятельно, с помощью терапевта или в группе	Самовыражение, демонстрация внутреннего состояния путем творчества
Терапевтическая фотография	Клиент	Фотоаппарат	Человек, помогающий себе творчеством под руководством терапевта	Интерпретация внутреннего состояния через внешние символы
Фототерапия	Терапевт+клиент	Фотоаппарат	Профессиональный терапевт, помогающий людям с помощью снимков	Интерпретация внутреннего состояния через внешние символы, запечатление состояний клиента терапевтом и обсуждение этого в рамках терапевтической сессии



Рис. 1. Терапия искусством и психотерапия как континуум (по Дж. Вайзер)

Главный представитель российской фототерапии А. И. Копытин выделил 11 функций фотографии, которые обеспечивают возможность ее применения в терапии [Копытин, 2003]:

1. **Фокусирующая/актуализирующая функция** позволяет пережить заново события прошлого, переосмыслить их уже в настоящем контексте, завершить негативную ситуацию в более положительном ключе. Эта функция находит применение, например, в методике «Реконструирующей фотографии» Р. Мартин.

2. **Стимулирующая функция** — активизирует сенсорные системы (зрение, кинестетика, тактильная чувствительность и др.), требует мобилизации чувств и изобретательности. Это нужно при воплощении идей человека: через какие символы он это передает, каковы объект и условия съемки творческой композиции; при вхождении в образ для портрета и автопортрета и т.д.

3. **Организирующая функция** — координация различных систем при съемке и при последующем восприятии фотографий: сенсорных, воображения, ассоциаций и т.д.

4. **Объективирующая функция** переключается с фокусирующей. Ключевой момент — в способности фотографии наглядно представлять человеку его переживания и личностные проявления, отражающиеся во внешнем облике и поступках. С помощью этой функции происходит самоидентификация — осознание себя представителем определенной культуры, профессии, национальности и др. По мнению автора, главное — то, что человек может понять, в какой степени его образ соотносится с ощущением себя и с восприятием его другими, что ведет к представлениям о том, что хотелось бы изменить.

5. **Функция отражения динамики** позволяет наблюдать изменения человеческого облика, его внутреннего состояния, отслеживать его собственную интерпретацию снимков с течением времени. Рекомендуется делать серию фотографий на протяжении периода времени, определяемого с учетом поставленных в рамках терапии задач и индивидуальных особенностей клиента.

6. **Смыслообразующая функция** помогает человеку увидеть смысл поступков и переживаний — как своих собственных, так и других людей. Вместе с объективирующей и фокусирующей данная функция дает возможность посмотреть на события и людей отстраненно: иначе воспринять прошлое, открыть новый смысл.

7. **Деконструирующая функция** дополняет смыслообразующую. Основная задача — донести до человека мысль, что его трактовка поступков и переживаний может быть изначально навязанной извне, т.е. быть конструктом (термин постмодерна). Количество вариантов понимания одних и тех же единиц информации не ограничено, но мы учимся делать это так, как принято в окружающих нас условиях: усваиваем социальные правила и нормы, чтобы понимать друг друга, говорить на одном языке и адаптироваться.

Доминирующая в обществе мораль не всегда объективна, целесообразна и комфортна для отдельного человека. Она, в свою очередь, может сама зависеть от идеологии правящих, и эта идеология будет поддерживать в обществе те модели, которые ее укрепляют, и представление о реальности будет преломляться под определенным углом.

Задача фототерапии — освобождение человека от ложных для него конструктов и создание более органичной для него системы, отражающей его реальность.

8. **Функция рефрейминга** помогает человеку по-новому воспринять себя, поместив себя в события или условия, которые в реальности не имели места, например, с помощью коллажа. Здесь могут использоваться разные изображения: фото других людей, на которых человек не при-

существовал, картины событий исторических эпох и др. Данная функция очень близка к методу рефрейминга в нейро-лингвистическом программировании [Болмэн, Терренс, 2005].

9. **Удерживающая (контейнирующая) функция** предполагает, что человек через фотографию может выразить собственные переживания — путем сублимации в творчестве его чувства «удерживаются», направляются в иное русло и не находят отражения в реальности в иных формах (возможно, чрезмерной) экспрессии.

10. **Экспрессивно-катарсическая функция** предполагает, что с помощью фотоаппарата человек может сам создавать снимки, отражающие его эмоциональные состояния, представления о чем-либо и очищаться от тяжелых переживаний, обсуждая их с терапевтом или в группе. Человек может выступать «моделью» и по направлению фототерапевта входить в различные состояния, воплощать любой образ. Здесь человек может отождествлять себя с объектом на фотографии (растением, животным, предметом) — феномен проективной идентификации. Этот метод чаще всего используется в терапевтической фотографии и нашел отражение в технике Р. Мартин [Martin, 1990].

11. **Защитная функция** помогает человеку обезопасить себя в разных аспектах: абстрагироваться от изображения на фотографии; принять решение, что именно ему снимать и когда и кому показывать снимки. Это ощущение владения ситуацией способствует благоприятному исходу терапии.

В заключение приведем примеры использования фототерапии в работе с различными проблемами людей.

В 2009—2011 годах был реализован проект «Обучение и исцеление с помощью фототерапии» — «Learning and Healing with Phototherapy» [Halkola; Koffert; Koulu; Krappala; Loewenthal; Parrell.; Pehunen, 2011] с участием психотерапевтов, медицинских работников, преподавателей и художников. Целью проекта было развитие и распространение фототерапии среди мировых представителей медицины и психологии, а также рост уровня благополучия общества и предотвращение изоляции отдельных его слоев.

Часть семинаров была посвящен людям с особенностями гендерно-половой идентификации: интерсексуалам (ранее именовавшихся гермафродитами) — людям с половыми признаками и элементами строения тела одновременно и мужчины, и женщины — и другим трансгендерам, чья совокупность хромосомного набора и психологических параметров не вписывается в традиционную дихотомическую шкалу, в которой пол и гендер совпадают [Halderman, 2000].

Вместе с педиатром М. Венхойлой (Финляндия) М. Саволайнен разработала индивидуальный подход к данной категории людей. В проекте участвовали 15 человек 25—60 лет. Специалисты работали с личными

и семейными фотографиями для раскрытия персональных особенностей и социальных ролей участников. В процессе были пересмотрены сюжеты их семейных историй для создания более правдивой картины жизни и на основе этого были разработаны новые концепции семьи с учетом индивидуальных особенностей группы. К работе в проекте привлекались и близкие участники, проводились работы в парах. На всем протяжении терапии участники вели дневники, где они могли отследить свою личную историю — с наглядным представлением периодов половой дисфории, дисморфофобии и способов совладания с этими проблемами. Эти материалы помогали им в дальнейшей работе над созданием позитивного представления о своем теле.

Участники проекта подчеркивали важность взаимодействия, основанного на равном диалоге. Совместная работа с близкими помогла людям наладить взаимопонимание, отнестись к ситуации более деликатно и внимательно, создать вместе сильную команду по борьбе с трудностями. Поддержка организаторов и других участников способствовала созданию у аудитории ощущения, что их действительно видят, что они значимы, а их проблемы решаемы [Halkola; Koffert; Koulu; Krappala; Loewenthal; Parrella; Pehunen, 2011].

Другой пример — исследовательский проект Р. Мартин «Демонстрируя себя, демонстрируя старение» («Representing self, representing aging») с привлечением женщин зрелого и пожилого возраста. Фототерапевт разработала для участников проекта сценарии, с помощью которых они могли бы выявить проблемы, возникающие в процессе старения: в рамках собственной личности, при выполнении определенных социальных ролей и т.д. Им было предложено создать фотодневники и пересмотреть взгляды на свой возраст.

Мартин также стремилась, чтобы люди по ту сторону объектива научились отличать подлинные истории своей жизни от того, что сохранилось в памяти по рассказам других [Grover, 1990]. Работая в паре с каждой женщиной, она предлагала рассказать им свою версию жизни.

В интервью одна из участниц делилась мыслями: «Вопрос, который я задавала себе перед тем, как мы начали — это думаю ли я о себе как о пожилой женщине. И ответ, на самом деле, да — мне почти 60... Как я могу так не думать? Мне хочется верить, что все то хорошее, что я сделала, не будет полностью стерто из памяти других к моменту моего 60-летия, и что все будут думать, что ты уже другой человек. Есть что-то в ожиданиях общества, чему иногда тяжело противостоять» [Photo-Therapy].

Каждая участница находила что-то свое: мечты о желаемой когда-то профессии; черты характера, которые хотелось бы развить; понимание, что их жизнь продолжается и полна красок и др. Также они задумались, в каких образах женщина предстает в обществе, как воспринимается:

студентка, мать, работающая женщина, женщина определенной профессии и т.д. Все это помогло им обрести состояние гармонии.

Итак, исходя из функций фотографии, а также областей, в которых работают фототерапевты, можно сделать вывод об аудитории, в работе с которой данный инструмент психотерапии, на наш взгляд, показывает свою эффективность:

— люди с проблемами принятия возрастных изменений (подростки с особенностями строения тела; люди старшего возраста и др.);

— люди с проблемами адаптации в обществе (в связи с особенностями характера; люди из детских домов и пр.);

— люди с особенностями гендерно-половой идентификации (различные виды трансгендерности) и представители ЛГБТ-сообщества;

— люди с депрессиями, расстройствами настроения;

— люди с нарушением пищевого поведения (анорексия, булимия и др.);

— люди, злоупотребляющие веществами (алкоголь, наркомания, табакокурение и др.);

— люди, оказавшиеся в сложной семейной ситуации;

— люди с посттравматическим стрессовым расстройством;

— люди с ограниченными возможностями;

— люди с неизлечимыми болезнями и т.д.

Суммируя выше сказанное, можно сделать вывод, что фототерапия как инструмент психотерапии имеет большой потенциал применения в практике психологов (в т.ч. клинических), социальных работников и других представителей помогающих профессий при работе с самыми разными задачами: от раскрытия потенциала личности и работы с детскими воспоминаниями до борьбы с дисморфофобическими расстройствами и проблемами половой идентификации.

ЛИТЕРАТУРА

Болмэн Ли Дж., Терренс Е. Дил. Рефрейминг организаций. Артистизм, выбор и лидерство / СПб: Стокгольмская школа экономики в Санкт-Петербурге, 2005. 496 с.

Вайзер Дж. Техники фототерапии: использование интеракций с фотографиями для улучшения жизни людей // Визуальная антропология: настройка оптики / Под ред. Е. Ярской-Смирновой, П. Романова. М.: Вариант, ЦСПГИ, 2009. С. 64—108.

Копытин А.И. Тренинг по фототерапии / СПб.: Издательство «Речь», 2003. С. 10.

Копытин А.И. Техники фототерапии / СПб.: Речь, 2010. 128 с.

Копытин А.И. Фотография в контексте арт-терапии [Электронный ресурс] // Школьный психолог. 2009. № 5. URL: http://psy.iseptember.ru/view_article.php?id=200900506 (дата обращения 10.09.2015).

Копытин А.И., Платтс Д. Руководство по фототерапии / М.: Когито-Центр, 2009. 184 с.

Перевезенцева О. Метод PSYrole: психологическая практика с использованием фототерапии для повышения самопонимания и психологического роста //

- Осваивая настоящее, заглядывая в будущее: арт-терапия в современном мире / М.: ООО «Арт-терапевтическая ассоциация». 2010.
- Проект «PhotoVoice» [Электронный ресурс] // URL: <http://www.photovoice.org/about/info/vision-and-mission>
- Cristina N.* Higher Self — the self-portrait experience / Barcelona: Le Caillou Bleu, 2012. 128 p.
- Entin A.D.* Phototherapy: The uses of photography in psychotherapy // The Independent Practitioner. 1985. № 5:1. Pp. 15—16.
- Photo-Therapy [Электронный ресурс] // URL: http://www.representing-ageing.com/photo_therapy_film.php (дата обращения 15.09.2015).
- Grover J.* Phototherapy: shame and the minefields of memory // *Afterimage* 18 — 1990. № 1. Pp. 14—18.
- Halderman D.* Gender Atypical Youth: Clinical and Social Issues // *School Psychology Review*. 2000. № 29/2. Pp. 192—200.
- Halkola. U, Koffert T., Koulu L., Krappala M., Loewenthal D., Parrella C., Pehunen P.* PhotoTherapyEurope // *Learning and Healing with Phototherapy*. 2011. P. 67.
- Krauss D., Weiser J.* PhotoTherapy Techniques: Exploring the Secrets of Personal Snapshots and Family Albums. Pp. 10—11.
- Krauss D.A.* Reality, photography and psychotherapy // *PhotoTherapy in mental health*. 1983. Pp. 40—56.
- Martin R.* The «pretended family» album // *Feminist Art News*. 1990. № 3:5. Pp. 22—24.
- Martin R., Spence J.* New portraits for old: The use of the camera in therapy // *Feminist Review*. 1985. № 19. Pp. 66—92.
- Stewart D.* Photo Therapy: Theory and practice // *Art Psychotherapy*. 1979. № 6:1. Pp. 41—46.
- Weiser J.* Phototherapy techniques: exploring the secrets of personal snapshots and family albums // *Child and Family*. 2002. Pp. 16—25.
- Zakem B.* Photographs help patients focus on their problems // *Psychology Today*. 1977. № 11:4. P. 22.

PHOTOTHERAPY AS A PSYCHOTHERAPEUTIC TOOL

M.A. KEVATS

The article describes a specific approach of using photography in psychotherapy which is called phototherapy by its author J. Weiser and is not widespread in Russian Federation at the time. That concept is distinguished from art therapy and therapeutic photography. Functions of photography are specified in the context of its value for psychotherapy and as a part of phototherapy process. We consider examples of using phototherapy around the world and present our conclusions about the audience and psychological problems where this approach shows its effectiveness.

Keywords: psychotherapy, psychological correction, art therapy, therapeutic photography, phototherapy.

- Bolmjen Li Dzh., Terrens E. Dil.* Refrejming organizacij. Artistizm, izbor i liderstvo / SPb: Stokgol'mskaja shkola jekonomiki v Sankt-Peterburge, 2005. 496 p.
- Vajzer Dzh.* Tehniki fototerapii: ispol'zovanie interakcij s fotografijami dlja uluchsheni-ja zhizni ljudej // Vizual'naja antropologija: nastrojka optiki / Pod red. E. Jarskoj-Smirnovoj, P. Romanova. Moscow: Variant, CSPGI, 2009. Pp. 64—108.
- Kopytin A.I.* Trening po fototerapii / Saint Petersburg: Izdatel'stvo "Rech", 2003. P. 10.
- Kopytin A.I.* Tehniki fototerapii / Saint Petersburg: Rech', 2010. 128 p.
- Kopytin A.I.* Fotografija v kontekste art-terapii. Shkol'nyj psiholog. 2009. № 5. Available at: http://psy.1september.ru/view_article.php?id=200900506 (accessed 10.09.2015).
- Kopytin A.I., Platts D.* Rukovodstvo po fototerapii / Moscow: Kogito-Centr, 2009. 184 p.
- Perevezenceva O.* Metod PSYrole: psihologicheskaja praktika s ispol'zovaniem fototerapii dlja povysheniya samoponimaniya i psihologicheskogo rosta. Osvaivaja nastojashhee, zagljadyvaja v budushhee: art-terapija v sovremennom mire / Moscow: ROO "Art-terapevticheskaja asociacija". 2010.
- Proekt "PhotoVoice". Available at: URL: <http://www.photovoice.org/about/info/vision-and-mission>.
- Cristina N.* Higher Self — the self-portrait experience / Barselona: Le Caillou Bleu, 2012. 128 p.
- Entin A.D.* Phototherapy: The uses of photography in psychotherapy. The Independent Practitioner. 1985. № 5:1. Pp. 15—16.
- Photo-Therapy. URL: http://www.representing-ageing.com/photo_therapy_film.php (data obrashheniya 15.09.2015).
- Grover J.* Phototherapy: shame and the minefields of memory. Afterimage 18-1990. № 1. Pp. 14—18.
- Halderman D.* Gender Atypical Youth: Clinical and Social Issues. School Psychology Review. 2000. № 29/2. Pp. 192—200.
- Halkola, U., Koffert T., Koulu L., Krappala M., Loewenthal D., Parrella C., Pehunen P.* PhotoTherapyEurope. Learning and Healing with Phototherapy . 2011. P. 67.
- Krauss D., Weiser J.* PhotoTherapy Techniques: Exploring the Secrets of Personal Snapshots and Family Albums. Pp. 10—11.
- Krauss D.A.* Reality, photography and psychotherapy. PhotoTherapy in mental health. 1983. Pp. 40—56.
- Martin R.* The "pretended family" album . Feminist Art News. 1990. № 3:5. Pp. 22—24.
- Martin R., Spence J.* New portraits for old: The use of the camera in therapy. Feminist Review. 1985. № 19. Pp. 66—92.
- Stewart D.* Photo Therapy: Theory and practice. Art Psychotherapy. 1979. № 6:1. Pp. 41—46.
- Weiser J.* Phototherapy techniques: exploring the secrets of personal snapshots and family albums. Child and Family. 2002. Pp. 16—25.
- Zakem B.* Photographs help patients focus on their problems. Psychology Today. 1977. № 11:4. P. 22.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРИ ПСИХОГЕННОЙ ПОЛИДИПСИИ

А.С. БУСЛАЕВА

В статье обсуждается опыт психологического сопровождения одиннадцатилетней девочки, страдающей психогенной полидипсией. Показана необходимость реализации комплексного подхода на этапе диагностики и реабилитации для оказания всесторонней помощи болеющему ребенку и его семье. Выделены этапы оказания психологической помощи ребенку, описаны направления и техники работы, а также показаны результаты на разных этапах работы.

Ключевые слова: психологическая реабилитация детей и подростков, детская психотерапия, психологическая помощь в медицинских учреждениях, междисциплинарный подход, психогенная полидипсия.

Авторы настоящей статьи хотели бы поделиться опытом психологического сопровождения ребенка, болеющего психогенной полидипсией. Данный случай наглядно демонстрирует взаимное влияние соматического и психологического факторов при возникновении невротических симптомов у детей и подростков.

Полидипсия — это патологически усиленная жажда, удовлетворяемая приемом воды в чрезмерно больших количествах. Она может проявляться при разных соматических или психических заболеваниях [Dundas, Harris, Narasimhan, 2007; Kohli, Verma, Sharma, 2011]. В психологической литературе детально описан симптом, сходный с полидипсией: булимия — расстройство приёма пищи, характеризующееся резким усилением аппетита, наступающим обычно в виде приступа и сопровождающимся чувством мучительного голода. Для детей и взрослых, страдающих нервной булимией, разработаны как психологические, так и медицинские подходы к лечению и реабилитации. Данные, раскрывающие цели, задачи и методики работы психолога с людьми, страдающими психогенной полидипсией, в литературе обнаружить не удалось.

Описание случая

В дневной стационар Научного центра здоровья детей (отделение восстановительного лечения детей с нефро-урологическими заболеваниями, ожирением и метаболическими болезнями) поступила девочка 11 лет с жалобами на чувство жажды, чрезмерное употребление воды (6—7 литров в сутки, в редких случаях — до 9 л.), учащенное мочеиспускание. За один прием девочка выпивает 1—3 стакана, ночью просыпается два раза из-за жажды, выпивает два стакана воды.

Важно отметить, что объем употребляемой за сутки жидкости, рекомендуемый подростку, определяется в зависимости от веса и в данном случае составляет около 2 литров. Таким образом, превышение допустимого количества воды подростком составило более 5 литров, что наносит значительный вред здоровью и чревато жизнеугрожающими последствиями.

История развития

Девочка родилась в срок от второй беременности, первых физиологических родов. Возраст матери на момент рождения ребенка — 26 лет, отца — 23 года. Вес при рождении — 3100 г., рост — 51 см. Закричала самостоятельно. Грудное вскармливание до 11 месяцев. Дошкольное образовательное учреждение не посещала, учится в общеобразовательной школе с 7 лет. В настоящее время проживает вместе с мамой. Мать по характеру вспыльчивая, отходчивая, работает частным предпринимателем. Родители в разводе в течение 9 лет. Отец проживает отдельно, общение с дочерью редкое. По характеру склонен к авантюрам, рискованному поведению. Девочка в каникулярное время приезжает к отцу в гости. Мама девочки вышла второй раз замуж, отчим проживает отдельно в другой стране, семья воссоединяется в период летних каникул. Родственники по линии матери проживают на территории США, в течение года девочка с мамой неоднократно посещают их. В возрасте с 8 до 10 лет девочка училась в Америке, проживала в семье родственников по материнской линии. Мама навещала ребенка несколько раз в год. Отношения с двоюродной бабушкой у девочки не складывались, ребенок испытывал страх при общении с ней, опасался быть неуспешным. Со стороны взрослого наблюдались строгость, высокий уровень требований по отношению к школьным достижениям ребенка. Эпизоды потребления большого количества воды впервые стали появляться в дошкольном детстве, однако именно в период обучения в Америке у девочки сформировался и укрепился поведенческий стереотип употребления воды. На момент первичного обследования девочка посещала 4 класс общеобразовательной школы.

Медико-диагностический этап

В Научном центре здоровья детей реализуется междисциплинарный подход к диагностике и реабилитации соматически больных детей. Лечащий врач определяет круг необходимых ребенку исследований, что позволяет в короткие сроки установить медицинский диагноз, выявить психолого-педагогические особенности, определить объем и направления необходимой помощи ребенку.

Полидипсией сопровождаются многие соматические, неврологические и психические заболевания: сахарный и несахарный диабет, почечная недостаточность, гиперпаратиреоз, органические поражения ЦНС, шизофрения, расстройства аутистического спектра и др. [Антропов, Антропов, Незнанов, 2010; Dundas, Harris, Narasimhan, 2007; Kohli, Verma, Sharma, 2011]. В ходе комплексного обследования ребенка были исключены соматические причины и тяжелые психические расстройства. Выявилась неврологическая симптоматика. Команда специалистов расценила состояние ребенка как комплекс невротических реакций, развившихся на резидуально-органической основе, и выдвинула предположение о психологических составляющих возникновения полидипсии. Была назначена медикаментозная терапия и консультация психолога. В качестве вспомогательных аппаратных средств реабилитации использовались бальнеотерапия и биологическая обратная связь.

Первичная психологическая консультация

Психологом было проведено психологическое обследование, задачами которого было выявление осознаваемых и неосознаваемых мотивов, лежащих за употреблением большого количества воды, определение стратегий, которыми пользуется ребенок для узнавания и реализации своих психологических потребностей и желаний. Нужно было выделить фрустрированные потребности и другие невротизирующие факторы, изучить способы, используемые девочкой для рефлексии и отреагирования своих переживаний; исключить или подтвердить предположение о том, что данный аутоагрессивный симптом возник в рамках реактивной депрессии. Необходимо было исследовать характер психологических границ в диаде «мать-ребенок», уровень контроля со стороны взрослого, способы реагирования матери на проблемную ситуацию, установить, существует ли вторичная выгода от данного симптома.

Методики: беседа в свободной форме с ребенком и с мамой, тест «Диагностика эмоциональных отношений в семье» Е. Бене и Д. Антони (под общей редакцией А.Г. Лидерса и И.В. Анисимовой), тест «Рисунок человека», методика «Диагностика самооценки» Т. Дембо — С.Я. Рубинштейн, тест «Три желания» [Энциклопедия психодиагностики, 2008].

Результаты. Девочка гиперстенического телосложения, высокого роста, выглядит чуть старше своего возраста, выражение лица инфантильное, испуганное, мимика разнообразная. В кабинет заходит молча, робко, чуть стесняется. В общение с незнакомым взрослым вступает с волнением. В незнакомом помещении и ситуации адаптируется довольно быстро, однако эмоциональное и телесное напряжение наблюдается в течение всей встречи. В моменты сильного эмоционального напряжения наблюдаются покраснение лица, невротические реакции; темп речи и тембр голоса меняются. Освоившись, девочка отвечает на вопросы развернутой фразой, склонна давать социально желательные ответы, сдерживать переживания. Подросток на обследовании тревожный, впечатлительный. Демонстрирует скромное, сдержанное поведение, с психологом общается с учетом норм и правил социального взаимодействия. Фон настроения положительный с элементами тревоги в ситуации обсуждения значимых тем.

Мотивы для уменьшения количества употребляемой воды не выявлены, за исключением внешних мотивов, воспроизводимых подростком со слов родителей. Угроза здоровью ребенком не осознается. Степень рефлексии собственных желаний снижена. По словам матери, временно снизить употребление воды помогает организация деятельности, интересной для ребенка, занимающей его внимание. Прямой контроль и введение ограничений со стороны взрослого не изменяют ситуации.

Круг значимого общения небольшой, девочка испытывает потребность в создании дружеских отношений, отмечает, что общение в Америке с ровесниками было более доброжелательным. Для подростка важны внешняя привлекательность, признание со стороны мальчиков. В общении со сверстниками испытывает неловкость, чувство стыда. В ситуации конфликта может быть заносчива, прямолинейна. Трудности адаптации к новому коллективу сверстников являются фактором невротизации ребенка. В настоящее время потребность в общении главным образом реализуется как в родительской семье, так и с лучшей подругой (вне класса).

В состав семьи включает себя и маму. Отношения с мамой носят амбивалентный характер, девочка эмоционально привязана к ней, но часто конфликтует, тяготеет совместным пребыванием в квартире из-за небольшого пространства. Испытывает чувство обиды и злости на маму из-за длительной разлуки с ней, длительного пребывания в гостях у нелюбимых родственников. Мама признает негативное влияние длительного пребывания ребенка в другой стране, связывает возникновение полидипсии с трудностями при обучении на незнакомом языке, разлукой с мамой, конфликтными отношениями с родственниками, у которых

жила девочка. Мама крайне обеспокоена состоянием здоровья дочери, осознает риск развития тяжелых заболеваний почек и др. Испытывает чувство беспомощности, не понимает, как можно помочь ребенку.

Таким образом, история возникновения симптома, характер его проявления в настоящее время, данные психологического обследования, беседа с мамой и девочкой позволили сделать следующие выводы:

1. В данном случае полидипсия является невротической поведенческой реакцией, которая возникла и закрепилась в ситуации длительной сепарации от матери. Этот симптом выступает в качестве способа снижения эмоционального напряжения.

2. Девочка недостаточно чувствительна к ощущениям в собственном теле, разнообразные телесные ощущения она воспринимает как сигнал о неудовлетворенной потребности в воде. Существенную роль играют трудности волевой регуляции поведения.

3. Употребление чрезмерного количества воды служит способом построения взаимоотношений между демонстративным ребенком и родителем.

Опираясь на данные, полученные в ходе психологического обследования, и беседу с лечащим врачом, были определены первостепенные задачи психологической помощи. Необходимо создать новые способы (психологические инструменты), которые в кратчайшие сроки помогут уменьшить количество употребляемой ребенком воды и снизить риск развития тяжелой соматической патологии. Поэтому на данном этапе работы использовались методы когнитивно-бихевиоральной терапии [Шевченко, 2003]. Исходя из общих принципов данного подхода, были даны следующие **рекомендации**:

1. Употреблять желаемое количество воды в любое время суток без ограничений, используя чайную ложку. Данный прием, поданный с полугривой мотивацией, использован, чтобы затруднить процесс приема воды и повысить уровень его осознанности.

2. С целью лишить процесс питья приятных вкусовых ощущений, употреблять дистиллированную воду.

3. Вести дневник употребления воды с отметками о настроении и видах совершаемой деятельности с целью повышения рефлексии собственного физического и психологического состояния.

Уже спустя две недели был достигнут существенный прогресс, хотя до этого в течение длительного времени попытки только медикаментозного лечения не приводили к успеху. Сочетание медицинских и психологических мер помогло в короткие сроки снизить количество употребляемой воды до 3—4 литров в день. Данный показатель превышает оптимальное количество употребляемой жидкости примерно в 1,5 раза, однако не является жизнеугрожающим.

Мама отметила, что наиболее эффективной оказалась первая рекомендация, которой неукоснительно и с интересом следовала сама девочка (использование чайной ложки в качестве средства регуляции количества одномоментно выпитой воды). Качество употребляемой воды мама менять не стала. Анализ дневниковых записей не позволил нам увидеть однозначной взаимосвязи эпизодов употребления большого количества воды с определенными событиями или эмоциональными состояниями.

Спустя месяц ребенок был выписан с выраженной положительной динамикой в состоянии здоровья, с рекомендациями о получении систематической психологической помощи и динамическом наблюдении у невролога и эндокринолога.

Реабилитационный этап

Спустя полгода мама девочки обратилась повторно в реабилитационный центр для контроля за состоянием здоровья дочери и получения дальнейшей психологической помощи. Чтобы определить цели и формы длительного психологического сопровождения, мы сочли необходимым дополнительное диагностическое обследование, в котором использовали тот же набор методик, что и при первичном обследовании.

Результаты. Девочка имеет нормальное телосложение, высокий рост, выглядит чуть старше своего возраста, лицо симметричное, мимика разнообразная. В кабинет заходит энергично. В общение вступает возбужденно, приветливо, рада встрече со знакомым специалистом. В течение всей встречи наблюдаются эмоциональное и телесное напряжение, чрезмерная активность, несоответствие между мимическими проявлениями (улыбка) и содержанием рассказа подростка. Освоившись, девочка отвечает на вопросы развернутой фразой, стремится поделиться своими переживаниями, событиями из жизни. Эмоционально возбуждена, многословна. Фон настроения крайне лабильный, подросток высказывает и осмысливает широкий спектр разнообразных переживаний (обиды и злость по отношению к учителям, и др.).

Выявлены внешние мотивы для уменьшения количества употребляемой воды. Девочка знает, что употребление большого количества воды угрожает здоровью, однако это не является для нее сдерживающим фактором. В качестве такового выступает контроль со стороны мамы. Подросток чувствует, что самостоятельно не всегда может контролировать количество выпиваемой воды.

Круг значимого общения небольшой, контакты со сверстниками важны для ребенка. В отношениях с окружающими детьми занимает вызывающую позицию, стремится показать собственное превосходство, устойчивость. Конкурирует за лидерские позиции в классе.

Характер взаимоотношений с учителями в школе воспринимается девочкой как психотравмирующий, вызывающий эмоциональное напряжение, стремление отстаивать собственную позицию, «мериться силами» и др. Рассказывая о событиях в школе, подросток чрезмерно возбужден, спешит рассказать о собственных переживаниях, на глаза наворачиваются слезы. Длительная ситуация острых конфликтов в школе негативно влияет на эмоциональное состояние девочки, является фактором риска в развитии и усугублении невротических реакций.

Подросток отмечает, что взаимоотношения с матерью доброжелательные, теплые, однако, в силу возрастных особенностей, не считает возможным делиться всеми мыслями и переживаниями с родителем. Реакции эмансипации в стадии формирования.

Таким образом, за прошедший период времени наблюдается, с одной стороны, сформированную способность контролировать количество употребляемой воды в пределах 3—4 литров в сутки, с другой стороны — увеличение количества невротизирующих факторов, негативно влияющих на эмоциональное состояние ребенка. В отношениях со сверстниками и с учителями в школе назревает конфликт. Девочка испытывает потребность в общении и признании со стороны сверстников, однако стремление занимать лидирующие позиции, соревновательный мотив не позволяют реализовать данную потребность в полной мере. Обращают на себя внимание изменения во взаимоотношениях с мамой: подросток демонстрирует потребность в сепарации, увеличении дистанции в общении, охране собственного психологического пространства.

При разработке программы психологической реабилитации психологи придерживались следующего принципа: в начале работы обеспечивать более структурированные, заранее подготовленные занятия с целью снижения напряжения, повышения чувства доверия в контакте с психологом. При сложившемся контакте стремились переходить на более спонтанную форму работы с ребенком с целью поддержки его интересов и потребностей, развития спонтанности, умения выдерживать чувство неопределенности.

После сбора дополнительной информации о психологическом состоянии ребенка и прояснения запроса на оказание психологической помощи была разработана программа занятий, которые проводились с периодичностью раз в неделю. Если на первом этапе работы использовались когнитивно-бихевиоральные методы коррекции поведения, то на втором этапе реабилитации применялся широкий спектр методов, позволяющих обеспечить более глубокие личностные изменения.

Направления и техники работы:

1. Повышение уровня внимательности и чувствительности к телесным ощущениям.

— Модифицированный вариант дидактической игры «Чудесный мешочек» позволяет обучать ребенка умению прислушиваться, быть внимательным к собственным телесным ощущениям, классифицировать их, называть, выразить чувства, связанные с полученными ощущениями [Стребелева, 2007].

2. Развитие навыков эмоциональной саморегуляции, отреагирование эмоциональных переживаний.

— Отреагирование сильных эмоциональных переживаний (импровизированное «сражение на саблях»);

— техника «пустой стул», заимствованная из психодрамы, использовалась нами для организации виртуального диалога подростка с родителями, учителями и сверстниками, а также использована для диалога различных субличностей при возникновении внутриличностного конфликта [Оклендер, 2012];

— нервно-мышечная релаксация по Э. Джекобсону [Щербатых, 2006].

3. Расширение способов вербальной и невербальной коммуникации, развитие спонтанности.

— Настольные игры «Крокодил», «Шарады», Alias, Активити.

4. Поиск ресурсов для преодоления сложившейся ситуации.

— Экстернализация — техника нарративного подхода, помогающая ребенку отделить собственную идентичность от сложностей, с которыми он столкнулся (от проблемы). Данная техника помогает снизить чувство вины, способствует сплочению семьи ребенка в борьбе с проблемой [Кутузова, 2007; Уайт, 2010];

— «уникальные эпизоды» — техника, позволяющая ребенку увидеть те случаи из жизни, где ему удавалось повлиять на ситуацию, справиться с возникшими сложностями [Кутузова, 2007; Уайт, 2010];

— упражнение «Опасное пространство — мое безопасное пространство» помогает ребенку четче увидеть те ситуации или отношения, которые являются психотравмирующими, а также найти те ресурсы, которые помогают справляться со сложностями, чувствовать себя более спокойным и защищенным [Оклендер, 2012].

5. Развитие самосознания, рефлексии, укрепление чувства своего Я.

— Метафорические карты (проекции Я в прошлое, настоящее и будущее) [Оклендер, 2012];

— арттерапевтические техники: коллажи «Герои фильмов и книг, на которых я хочу быть похожа», «Я глазами других — Я это Я»;

— работа с полярностями — исследование разных проявлений собственной личности, которые нравятся или не нравятся самому ребенку или окружающим [Оклендер, 2012].

6. Улучшение характера взаимоотношений со сверстниками (в групповой и индивидуальных формах), преодоление внутриличностных и межличностных конфликтов. Беседы на следующие темы:

— конкуренция и кооперация в отношениях с одноклассниками (причины, стремления и др.);

— потребность в общении с ровесниками;

— чувство одиночества и его связь с появлением симптома;

— конфликты с учителями и чувства, возникающие в связи с этим;

— перспектива поступления в новую школу (риски и надежды).

7. Преодоление трудностей во взаимодействии с мамой. Техники, позволяющие увидеть привычные способы взаимодействия в диаде «мать-дочь», а затем выстроить новый способ взаимодействия.

— Пробы на совместную деятельность [Бурменская, Захарова, Карабанова, Лидерс, 2002];

— задания на совместную деятельность: «общий рисунок», «твоя и моя территории», «незаконченные предложения для работы в паре» [Бурменская, Захарова, Карабанова, Лидерс, 2002].

Результаты

К настоящему времени проведено более 30 занятий и становится возможным подвести итоги работы. Мама девочки стала больше прислушиваться к психологическим потребностям ребенка, помогать в преодолении возникающих трудностей. Девочка перешла в новую школу, в которой чувствует себя более комфортно в общении и с учителями, и с ровесниками. У девочки повысились эмоциональная устойчивость, активность, спонтанность, снизилась тревожность, появились четко очерченные стремления и желания, образы желаемого будущего. Подросток лучше понимает собственные желания, стремится об этом сказать. В значительной степени уменьшилось влияние «проблемного поведения» на жизнь подростка. Среднее количество употребляемой воды в день снизилось до 2—3 литров и не угрожает физическому состоянию ребенка.

Одной из важнейших задач остается обучение подростка разным способам отслеживания собственного эмоционального состояния и способам психологической самопомощи с целью профилактики появления новых эпизодов психогенной полидипсии. В связи с этим продолжается психологическое сопровождение ребенка.

Заключение

Наибольшую эффективность обеспечивает комплексный подход к диагностике и реабилитации ребенка, страдающего психогенной полидипсией. Командная работа специалистов медицинского и психолого-

педагогического профиля на диагностическом этапе позволяет установить точный диагноз, определить необходимый объем медицинской помощи, а также психолого-педагогического сопровождения ребенка. В задачи диагностического этапа входит выявление основных причин психологических трудностей ребенка, соотнесение их с состоянием здоровья и определение направлений психокоррекционной работы.

Основная задача на первом этапе реабилитации — это снижение ежедневного употребления большого количества жидкости и уменьшение риска развития тяжелой соматической патологии. Наиболее эффективными на первом этапе реабилитации являются краткосрочные, когнитивно-бихевиоральные методы коррекции поведения.

Второй этап реабилитации характеризуется многозадачностью и требует более глубокой работы по исследованию переживаний и психологических потребностей ребенка, его взаимоотношений с родителями и более широким окружением. Оказание психологической помощи предполагает глубокую проработку личностных проблем ребенка. Описание данного случая показывает возможность использования на втором этапе реабилитации психологических техник из разных психологических подходов.

ЛИТЕРАТУРА

- Антропов Ю.А., Антропов А.Ю., Незнанов Н.Г.* Основы диагностики психических расстройств: рук. для врачей / Ю.А. Антропов, А.Ю. Антропов, Н.Г. Незнанов. М.: ГЭОТАР — Медиа, 2010. 384 с.
- Бурменская Г.В., Захарова Е.И., Карабанова О.А., Лидерс А.Г.* Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Г.В. Бурменская, Е.И. Захарова, О.А. Карабанова, А.Г. Лидерс. М.: Академия, 2002. 416 с.
- Кутузова Д.А.* Вестник практической психологии образования // Нарративный подход в работе психолога образования. 2007. № 3. С. 98—102.
- Оклендер В.* Скрытые сокровища: Путеводитель по внутреннему миру ребенка / В. Оклендер. М.: Когито-центр, 2012. 271 с.
- Стребелева Е.А.* Коррекционно-развивающее обучение детей в процессе дидактических игр : пособие для учителя-дефектолога / Е.А. Стребелева. М.: Владос, 2007. 256 с.
- Шевченко Ю.С.* Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков / Под ред. Ю. С. Шевченко. М.: Речь, 2003. 552 с.
- Щербатых Ю.В.* Психология стресса и методы коррекции / СПб.: Питер, 2006. 256 с.
- Уайт М.* Карты нарративной практики: Введение в нарративную терапию / М.: Генезис, 2010. 326 с.
- Энциклопедия психодиагностики. Психодиагностика детей / Самара: Издательский Дом «Бахрах-М», 2008. 624 с.

- Dundas B., Harris M., Narasimhan M. Psychogenic polydipsia review: Etiology, differential, and treatment // Current Psychiatric Reports. 2007. № 9. Pp. 236—241.
- Kohli A., Verma S.Jr., Sharma A.Jr. Psychogenic polydipsia // Indian Journal Psychiatry. 2011. № 53. Pp. 47—48.

PSYCHOLOGICAL SUPPORT IN PSYCHOGENIC POLYDIPSIA

A.S. BUSLAEVA

The article presents a case of psychological support to a girl suffering from psychogenic polydipsia. It is shown the necessity of integrated approach at the stage of diagnosis and rehabilitation to provide comprehensive care to the child and her family. Stages, directions and techniques of psychological assistance to the child are described. The results at different stages of the work are presented.

Keywords: psychological rehabilitation of children and adolescents, child psychotherapy, psychological assistance in health care facilities, multidisciplinary approach, psychogenic polydipsia.

- Antropov Iu.A., Antropov A.Iu., Neznanov N.G. Osnovy diagnostiki psikhicheskikh rasstroistv: ruk. dlia vrachei / Iu. A. Antropov, A.Iu. Antropov, N.G. Neznanov. Moscow: GEOTAR — Media, 2010. 384 p.
- Burmenskaia G.V., Zakharova E.I., Karabanova O.A., Lidets A.G. Vozrastno-psikhologicheskii podkhod v konsul'tirovanii detei i podrostkov: Ucheb. posobie dlia stud. vyssh. ucheb. zavedenii / G.V. Burmenskaia, E.I. Zakharova, O.A. Karabanova, A.G. Lidets. Moscow: Akademiia, 2002. 416 p.
- Kutuzova D.A. Vestnik prakticheskoi psikhologii obrazovaniia. Narrativnyi podkhod v rabote psikhologa obrazovaniia. 2007. № 3. Pp. 98—102.
- Oklender V. Skrytye sokrovishcha: Putevoditel' po vnutrennemu miru rebenka / V. Oklender. Moscow: Kogito-tsentr, 2012. 271 p.
- Strebeleva E.A. Korreksionno-razvivaiushchee obuchenie detei v protsesse didakticheskikh igr : posobie dlia uchitelia-defektologa / E.A. Strebeleva. Moscow: Vlado, 2007. 256 p.
- Shevchenko Iu.S. Bikheviornal'no-kognitivnaia psikhoterapiia detei i podrostkov / Pod red. Iu. S. Shevchenko. Moscow: Rech', 2003. 552 p.
- Shcherbatykh Iu.V. Psikhologiya stressa i metody korrektsii / SPb.: Piter, 2006. 256 p.
- Uait M. Karty narrativnoi praktiki: Vvedenie v narrativnuiu terapiiu / Moscow: Genezis, 2010. 326 p.
- Entsiklopediia psikhodiagnostiki. Psikhodiagnostika detei / Samara: Izdatel'skii Dom "Bakhrakh-M", 2008. 624 p.
- Dundas B., Harris M., Narasimhan M. Psychogenic polydipsia review: Etiology, differential, and treatment. Current Psychiatric Reports. 2007. № 9. Pp. 236—241.
- Kohli A., Verma S.Jr., Sharma A.Jr. Psychogenic polydipsia. Indian Journal Psychiatry. 2011. № 53. Pp. 47—48.

РИСОВАНИЕ ПО ОБРАЗЦУ И РЕЧЕВОЙ ИНСТРУКЦИИ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ РАЗВИТИЯ ПРОСТРАНСТВЕННОГО ВОСПРИЯТИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Н.А. ШУМСКАЯ

В данной статье представлен опыт формирования пространственного восприятия у детей с расстройствами аутистического спектра в рамках нейропсихологической коррекции. Развитие у детей адекватных способов восприятия пространства представляется весьма актуальным, так как выступает как необходимый элемент подготовки ребенка к школе. В статье рассматривается последовательность и содержание работы педагога, связанной с развитием у аутичного ребенка мотивации, навыков программирования и контроля деятельности, организации собственного внимания и поведения на занятии.

Ключевые слова: аутизм, расстройства аутистического спектра, диагностика, нейропсихологическая коррекция, пространственное восприятие.

Современные данные нейропсихологической науки говорят о пространственных представлениях как о базисе, над которым надстраиваются остальные высшие психические функции [Ахутина, Пылаева, 2008; Лурия, 2004; Манелис, 1997; Семаго, 2001; Семенович, 2002; Цыганок, Виноградова, Константинова, 2006].

Развитие у детей адекватных способов восприятия пространства и полноценных пространственных представлений представляется весьма актуальным. Эта задача выступает как необходимый элемент подготовки ребенка к школе. Дети с неразвитой ориентировкой в пространстве будут испытывать затруднения при сканировании текста с листа и, следовательно, при формировании таких школьных навыков как чтение, письмо, счет. Поэтому одним из важнейших условий психического развития является своевременное формирование у детей пространственных представлений.

В РБОО Центр лечебной педагогики одним из коррекционных курсов является развитие зрительного восприятия. В программе по развитию зрительного восприятия выделены специальные задачи:

1. Освоение телесного пространства.
2. Освоение внешнего пространства.
3. Двигательные схемы и диктанты.
4. Конструирование и копирование.
5. Усвоение стратегии движения по пространству листа [Ананьев, Рыбалко, 1964; Семенович, 2002; Цыганок, Виноградова, Константинова, 2006].

В настоящей статье рассматривается не весь путь ребенка, обучающегося по данной коррекционной программе, а только работа на последнем этапе, к которой можно переходить, когда решены задачи предыдущих (чаще всего они решаются на занятиях по сенсорной интеграции, двигательной терапии и нейропсихологической коррекции).

На заключительной стадии коррекционного курса решается одна из важнейших задач формирования пространственных представлений — ориентировка на листе бумаги. При этом важно осуществить переход от вертикальной поверхности к горизонтальной [Безруких, 2003; Манелис, 1997]. Освоение данного этапа является чрезвычайно важным, так как ориентировка в пространстве страницы, умение видеть пространственное расположение знака на бумаге — это специфические требования учебной деятельности первоклассника [Мусейбова, 1963].

Среди различных видов деятельности дети выделяют изобразительную деятельность и отдают ей предпочтение как наиболее интересной и занимательной. Особенно любимым является рисование. (Однако, здесь следует отметить, что некоторые дети могут отказываться от рисования. Обычно такое поведение складывается из-за предыдущего опыта неуспеха. Если поощрять, хвалить ребенка за его работы, он с удовольствием будет брать за карандаш). В связи с этим представляется возможным начинать занятия по развитию пространственных представлений именно с рисунка.

Копирование фигур также представляет собой эффективный инструмент для исследования зрительно-пространственных синтезов и построения целостного образа. Одним из методов, с помощью которого можно развивать зрительно-пространственные функции ребенка, является копирование плоскостных фигур и трехмерных изображений. Нейропсихологи отмечают, что процесс копирования является сложным видом деятельности, включающим восприятие изображения, анализ образца и реализацию двигательных программ [Семенович, 2002].

Для коррекции нейропсихологу необходимо разработать индивидуальную программу и изучить особенности каждого ребенка, находя спе-

цифические приемы работы, используя не только традиционные, но и специфические способы организации, подбора наглядного материала и др., а также использовать следующие принципы:

- систематичность и последовательность (материал подобран по мере усложнения, в определенном порядке и по определенной системе);
- доступность (объем заданий соответствует уровню развития и подготовленности ребенка);
- наглядность (большинство заданий предполагает опору на опыт ребенка, его непосредственные наблюдения);
- индивидуальный подход (выбор средств коррекционной работы в зависимости от психологических особенностей и возможностей ребенка).

Ниже приводятся описания 3 случаев, иллюстрирующие работу по развитию зрительного восприятия методами копирования и рисования с детьми с расстройствами аутистического спектра в течение одного года.

Первый случай.

Девочка М., 6 лет 4 месяца.

Диагноз: особенности эмоционально-волевой сферы.

Мама М. обратилась в Центр лечебной педагогики в ноябре 2011 года, когда девочке было 3 года 7 месяцев, с жалобами на отсутствие речи и стереотипии в поведении. С трех лет отмечаются стереотипные движения (трясти, крутить предметы). К трем с половиной годам в словарном запасе было несколько отдельных слов («да», «нет», «бах», «иди», «не пушу»), фразовой речи нет.

В 2011 году проходила лечение в НПЦ ДП в дневном стационаре. Был поставлен диагноз органическое поражение ЦНС, посттравматический синдром, атипичный аутизм.

Когда М. только начала посещать занятия в Центре, она постоянно нуждалась в присутствии мамы, проявляла крайнюю избирательность относительно взрослых. Девочка очень быстро истощалась, испытывала трудности при переходе из кабинета в кабинет. С детьми взаимодействовала мало, проявляла к ним интерес только в ситуации, когда надо было вернуть свою игрушку. Настроение обычно было не устойчивое, часто демонстрировала яркие бурные эмоциональные реакции (громкий хохот, крик). М. была моторно неловкая, по лестнице спускалась и поднималась приставным шагом, медленно, держась за взрослого и за перила. Девочка проявляла чувствительность к резким звукам, общему звуковому фону, быстро истощалась в группе, хотела уйти. Глубинная чувствительность была снижена (нравилось сильно раскачиваться в одеяле, заваливаться в подушки), поверхностная, наоборот, повышена.

М. чаще ориентировалась на жест и интонацию (особенно в незнакомой ситуации), чем на речевую инструкцию. В речи использовала повторения одного слога из нужного слова или контуры простых слов («не-не-не», «кач-кач», «ба-бах»).

По результатам диагностических занятий были выявлены следующие недостатки:

- нарушена целостность зрительного восприятия и внимания;
- слабая ориентировка в пространстве относительно самого себя;
- не сформировано умение определять пространственные отношения между окружающими объектами;
- слабо развит глазомер, зрительно-моторная координация;
- нет навыка зрительного анализа и синтеза;
- слабо развиты функции программирования и контроля деятельности;
- истощаемость.

Индивидуальные занятия с М. были направлены на развитие предметно-практических действий, усвоение сенсорных эталонов, развитие целостности, обобщенности восприятия, формирование пространственной ориентировки, развитие графических навыков. Также в задачи входило совершенствовать зрительно-моторную координацию и обучать восприятию пространственных отношений между предметами. Одним из основных направлений решения поставленной задачи было выбрано формирование ориентировки на плоскости листа, копирование различных фигур и узоров.

В процессе занятий было замечено, что больше всего М. любит рисовать, поэтому сначала в основу упражнений, направленных на формирование пространственной ориентировки, графических навыков, зрительно-моторной координации, был положен рисунок. Предметного изображения не было, поэтому ребенок и педагог просто штриховали, закрашивали листы бумаги. Постепенно стали пробовать рисовать различные линии, стало получаться нарисовать капли дождя (отдельные штришки — капельки). М. это очень нравилось, педагог сопровождал рисование песенкой про дождик. К середине осени у М. хорошо стало получаться изобразить незатейливый «пейзаж»: туча, из которой капает дождь, и рядом солнышко. Так как изобразить более предметный рисунок, чем этот, М. было недоступно, М. стала учиться рисовать различные прямые линии (вертикальные, горизонтальные, косые), решая таким образом нужную для М. задачу — освоение ритмичного повтора одинаковых элементов. В этом процессе М. стала учиться выполнению последовательности одинаковых элементов — шпал на рельсах, досок на заборе. У М. быстро сформировалась эмоциональная заинтересованность в

рисовании повторяющихся элементов, и так началась отработка в рисунке ритмических повторений определенных элементов. Рисование по пунктирам, как оказалось, только сбивает М., она осторожно соединяет каждую точку, вследствие чего получается ломаная линия (возможно, здесь сказывается тревожность девочки). С середины года М. и педагог каждое занятие рисуют различные «фигуры» (крестики, плюсики и др.).

Следующим этапом в развитии пространственной ориентировки и графических навыков стало копирование фигур Денманна (пересекающиеся круги, крестики). Сначала М. не удавалось повторить за педагогом практически никаких фигур. Девочке было сложно распределить пространство листа бумаги (часто ее рисунки были намного больше образца). Очень помогало расчертить лист на графы, тогда М. могла удержаться в своей графе при копировании. Сначала М. стало удаваться правильно скопировать «плюс». Постепенно у нее стали получаться более сложные фигуры: два частично пересекающихся круга, треугольник. М. испытывает большие трудности при копировании фигуры, которая уже задана (не знает, с чего начать рисовать, показывает карандашом, как будет рисовать, и ищет одобрения). В этом случае помогает разбить фигуру на элементы и последовательно ее рисовать. Хотя заметен большой прогресс в копировании, все же до сих пор сохраняются трудности при копировании различных видов крестиков.

Также в работу с М. были включены следующие игры и упражнения:

— игры и упражнения для развития зрительного восприятия: классификация по одному признаку (размеру, цвету, форме), «На что похоже?», контурное лото и наложенные друг на друга изображения;

— упражнения для развития зрительного анализа, синтеза, конструктивных действий: «Сложи картинку», «Кубики Кооса»;

— игры и упражнения для развития зрительного внимания, произвольной регуляции, планирования: «Найди различия», «Бусы», «Мозаика» (по типу игры «Разложи по порядку»), «Последовательные картинки», игры по правилам (МЕМО, домино, лото).

Следует отметить, что работа по развитию зрительно-пространственного восприятия дала серьезные результаты:

1. После появления прогресса в копировании даже простых фигур и узоров, М. стала с большей уверенностью собирать разрезные картинки и кубики. Ей стали доступны некоторые узоры из заданий «Кубики Кооса» (плоский и классический вариант).

2. Игры и игровые упражнения позволили не только целенаправленно формировать зрительно-пространственное восприятие, но и в доступной, интересной форме развивать другие познавательные процессы (память, мышление).

3. У М. наблюдался повышенный интерес к предлагаемым заданиям, что способствовало активизации внимания и зрительной памяти.

4. Контурные изображения предметов помогли развивать зрительно-пространственную ориентировку.

5. М. перестала истощаться как в течение занятия, так и в пределах выполнения одного упражнения.

Второй случай.

Девочка А., 7 лет 8 месяцев.

Диагноз: особенности эмоционально-волевой сферы.

Родители А. обратилась в Центр лечебной педагогики в декабре 2010 г. (на момент обращения А. было 3 года 10 месяцев) с жалобами на проблемы с речью, пугливость, необщительность, неумение играть и общаться с детьми.

По словам педагогов Центра, раньше (в 2012—2014 гг.) поведение А. отличалось намного большей стереотипностью, которое постепенно стало регулироваться расписанием. Стереотипии проявлялись и в игровой деятельности: девочка могла долго раскладывать игрушки в домике или на столе. А. любила находить себе игрушку и везде носить ее с собой. В первое время А. отбирала несколько понравившихся игрушек, ей было очень сложно выйти из игровой комнаты без них. Постепенно А. научилась выбирать одну маленькую игрушку, могла с ней расстаться на время занятия. Однако, если она терялась или ее отбирали, девочка расстраивалась, переживала, долго не могла переключиться. В речи отмечались эхолалии, А. часто «выходила» из диалога, начинала цитировать ранее прочитанные книги, услышанные фразы из мультфильмов. Эмоционально в диалог не вовлекалась, на собеседника не смотрела.

Взаимодействие со взрослыми и сверстниками было формальным, эмоционального близкого контакта установить не удавалось. А. испытывала большие трудности в контактах со сверстниками (хотя знала всех по именам, редко предлагала детям что-то сделать вместе, но в случае необходимости могла обратиться ко взрослому с просьбой).

Крупная моторика была развита недостаточно, мышечный тонус понижен, вялая осанка. А. была моторно неловкая, движения были плоские, скованные, жесткие. При ходьбе сильно раскачивалась, иногда падала. При падении не группировалась, руки не выставляла. Отмечался плече-тазовый блок, трудности баланса.

Работа по развитию зрительного восприятия методами копирования и рисования началась, когда А. было 7 лет 8 месяцев. Родителями было принято решение отдать А. в массовую школу только с сентября

2015 года, поэтому девочка продолжала приходить на занятия в Центр лечебной педагогики.

А. приходила на занятия в хорошем настроении, сразу стала брать педагога за руку, охотно заходила в кабинет. Однако контакт был формальным, в глаза девочка старалась не смотреть, говорила в сторону, даже когда здоровалась или прощалась. Поведение А. отличалось целенаправленностью и произвольностью: девочка хорошо удерживала цель деятельности, составляла программу действий, видела свои ошибки, старалась исправить, но в деятельности отмечалась ригидность: А. сложно было оставить задание недоделанным, она расстраивалась, если что-то сломано и не выходит собрать, как надо. Иногда могла игнорировать инструкции, начинала делать то, что сама хотела. Когда чего-то делать не хотела, то протестовала, сильно злилась, если настаивать (например, могла скинуть все со стола на пол, кричать, что у нее ничего не получится). Хотя общалась А. с помощью фраз, в речи присутствовали штамповые фразы. А. могла вдруг начать что-то рассказывать про свою сестру и процитировать какую-то фразу из мультфильма или книги. Вскоре стало ясно, что это были уже остаточные явления эмоциональных и поведенческих трудностей А., а именно: стереотипность поведения, трудности переключения, трудности отторгивания аффективных вспышек, трудности актуализации образов-представлений, оторванность речи от действия, проблемы в построении взаимодействия, трудности ощущения границы «Я—Другой».

В основные задачи работы с А. вошло:

- развитие межполушарного взаимодействия, серийной организации движений;
- развитие кинестетического праксиса;
- развитие зрительно-пространственного восприятия;
- развитие программирования и контроля деятельности.

Для решения задачи совершенствования зрительно-моторной координации и развития восприятия пространственных отношений между предметами было выбрано формирование ориентировки на плоскости листа, копирование различных фигур и узоров. Также для развития пространственного воображения, мелкой моторики пальцев рук, координации движений, ориентировки в тетради были подобраны различные графические диктанты (рисование по клеточкам).

В работе были использованы те же принципы: систематичности, последовательности, доступности, наглядности, индивидуальный подход. Например, сначала А. предлагался плоский вариант кубиков Кооса. Только тогда, когда А. стала полностью самостоятельно справляться с заданиями, ей были предложены кубики. В начале года А. совместно с

педагогом только перебирали пальцы рук, соединяя их в кольцо, сейчас А. уже «танцует» «Цыганочку». Также реализовывался и принцип доступности: если какое-то задание было не доступно по каким-либо причинам, то бралось задание попроще. Кроме этого педагог старался делать перерыв в середине занятия (например, выполнялись пальчиковые и двигательные упражнения).

А. с удовольствием выполняла задания из «Графического диктанта» (по речевой инструкции или по зрительному образцу). Сначала А. предлагались различные образцы геометрического рисунка, орнаменты, узоры и давалась инструкция повторить точно такой же рисунок в тетради в клетку. Девочка достаточно хорошо усваивала заданную структуру, не соскальзывала со строки, сохраняла размер рисунка. Однако с возрастанием сложности орнамента, отмечались единичные ошибки, девочка путала некоторые элементы, из-за чего нарушалась «стройность» узора. Также А. могла оторвать карандаш от бумаги, тогда темп деятельности снижался.

Затем педагог стал диктовать последовательность действий с указанием числа клеточек и их направлений (влево, вправо, вверх, вниз), чтобы А. выполняла работу на слух. С первыми простыми диктантами (различные заборчики) А. справлялась отлично, не допускала ошибок. Не вызывало трудностей и задание отразить получившиеся узоры в «зеркале». По мере усложнения узоров (бабочка, цветок, лист и др.) появились небольшие сложности при рисовании под диктовку. Иногда А. путала право-лево и верх-низ, задание отразить в «зеркале» подобные рисунки иногда вызывало протест, причем помощь А. принимала, но сама о ней не просила.

Выполняя подобные задания, ребенок и педагог стали проговаривать то, что есть предметы и что есть их изображения. Изображения бывают разные: фотографии, рисунки, схематичные изображения. Графический диктант — это схематичное изображение предмета. Схематичное изображение показывает отличительные особенности, по которым мы можем узнать животное (каждое животное имеет свои отличительные особенности). Так, например, на одном из занятий разбиралось, что у зайца длинные уши, у бабочки большие крылья и т. д.

Также выполнение графического диктанта иногда сопровождалось пальчиковой гимнастикой, связанной с темой рисунка. А. любила подобные игры, но часто перевозбуждалась.

В работу с А. также были включены следующие игры и упражнения: — игры, развивающие пространственное мышление, память и навыки комбинирования, например настольные игры-головоломки («цветовой код», «деловые жуки», «волшебный лес», «iq элемент»);

— игры для развития зрительного анализа, синтеза, конструктивно-го праксиса: кубики Кооса (классический и плоский вариант), «Катамино» и др.;

— игры для развития осязательного восприятия, межполушарного взаимодействия и мелкой моторики: «Чудесный мешочек», «Контурсы», «Тактильное лото»;

— игры для развития речи: картинки с нелепым сюжетом, картинки с ошибками.

С помощью коррекционных занятий были достигнуты следующие результаты:

1. После появления прогресса в копировании узоров, решении графических диктантов А. стала лучше ориентироваться на пространстве листа, с охотой и уверенностью собирать различные орнаменты и картинки из кубиков.

2. Выполняя различные виды подобных заданий, девочка приобрела большой опыт графических движений. Занятия способствовали развитию мелкой мускулатуры и дифференцированности движений кистей и пальцев рук, т. е. формированию функциональной готовности к графической деятельности письма.

3. Реализация описанных упражнений позволила развить и совершенствовать точные движения руки, а также общую скоординированность и ловкость движений.

4. Занятия способствовали формированию пространственного восприятия, повышению психического тонуса и поисковой активности.

5. Игры и игровые упражнения позволили не только целенаправленно формировать зрительно-пространственное восприятие, но и в доступной интересной форме развивать мышление.

6. Игровая подача упражнений, эмоциональный контакт, поддержка способствовали расширению способов взаимодействия со взрослым.

Третий случай.

Мальчик С., 8 лет 7 месяцев.

Диагноз: особенности эмоционально-волевой сферы

Родители обратились в центр лечебной педагогики в мае 2012 г. с жалобами на проблемы в общении со сверстниками, плохую концентрацию внимания.

Занятия по развитию зрительного восприятия методами копирования и рисования начались с С. в сентябре 2014 года, когда ему было 8 лет 7 месяцев. С. с самого начала приходил на занятия в хорошем настроении, охотно заходил в кабинет, но контакт был и остается несколько формальным (на вопросы про школу, выходные отвечает односложно).

но, без интереса, сам ничего не рассказывает, инициативы в контакте не проявляет). Мотивация на занятиях как игровая, так и познавательная: мальчик усердный, брался за все предложенные задания, помощь принимал, но сам о ней не просил. Критичность несколько снижена (ошибок часто не замечает). Темп деятельности медленный, но истощения не наблюдалось.

После нескольких первых занятий стало очевидно, что С. испытывает трудности при усвоении правил и инструкций (например, различных игр и головоломок), требуется повторение, привлечение внимания. Мальчику сложно ориентироваться на подсказки больше, чем по одной характеристике (например, и по форме, и по цвету). Знакомые игры по правилам не вызывали трудностей, диктовал себе, что надо делать.

Большие трудности отмечались при осуществлении последовательности операций при конструировании фигур по образцу (плоские кубики Кооса), ориентации граней кубика в пространстве. С. затруднялся с выделением элементов, составляющих образцы (без «сетки»), с разворотом кубика. Однако в пространстве центра и комнаты С. ориентировался хорошо, были сформированы понятия верх-низ, лево-право. Сразу было установлено, что С. хорошо ориентируется в своем теле. Отмечались небольшие трудности в узнавании недорисованных изображений.

По мере продвижения занятий педагог стал замечать, что общение с С. носит своеобразный характер. С. не делился своими интересами, радостью или достижениями (иногда приносил машинки с собой и просто молча показывал их педагогу). Заметно, что у мальчика нарушена способность инициировать и поддерживать разговор, часто он стереотипно использовал язык (на вопросы, что было в школе, чем занимался на каникулах, отвечал «ничего», «ничем»), иногда заметны эхолалии. Кажется, что С. не всегда понимает не только смысл прочитанного рассказа, но слов и фраз. Часто ему трудно подобрать нужное слово, заменяет его другим

Также оказалось, что затруднено выполнение математических действий (особенно вычитания и заданий на состав числа). Знания о множестве, числе и счете неустойчивы и требовали постоянной зрительной опоры. При выполнении знакомых математических заданий С. требовалось не только организующая и направляющая помощь, но упрощение задания и часто полный совместный разбор и выполнение всего задания.

По результатам занятий было выявлено, что на первый план выступают:

- дефицит функции правого полушария;
- слабость лобных функций;
- низкий уровень сформированности вербальных функций;
- слабость пространственного восприятия;
- несформированность операций анализа и синтеза;

— сниженная способность к обобщению.

Таким образом, в задачи дальнейшей работы вошло:

- развитие зрительно-пространственного восприятия;
- развитие конструктивной деятельности;
- развитие серийной организации;
- усвоение правил различных игр, следование им, достижение результата;
- развития понимания логико-грамматических конструкций, счетных операций.

Для решения задачи развития восприятия пространственных отношений между предметами было выбрано формирование ориентировки на плоскости листа, копирование различных фигур и узоров. Также для развития пространственного воображения, мелкой моторики пальцев рук, координации движений, ориентировки в тетради были подобраны различные графические диктанты (рисование по клеточкам). Для развития операций анализа и синтеза, логического и образного мышления была выбрана система заданий, упражнений и игр для развития интеллектуальных способностей детей. Также проводилась работа над значением слов, терминов, по уточнению и активизации имеющегося словарного запаса, отгадывание загадок.

В работе были использованы те же принципы: систематичности, последовательности, доступности, наглядности, индивидуальный подход.

Например, сначала решалась задача выделить признаки предметов, затем научиться видеть только существенные признаки, а далее уже сравнивать и классифицировать. Также реализовывался и принцип доступности: если какое-то задание было не доступно по каким-либо причинам, то выбирались задания попроще. Многие задания часто подкреплялись наглядно — либо схемой, либо рисунком, либо хотя бы записью условия небольшой задачи. Также педагог всегда старался успеть поиграть хотя бы в одну из любимых игр С. («Автогонщики», «Малыш и Карлсон», «Скоростные колпачки»).

Для развития пространственных и квазипространственных представлений были использованы пространственные схемы и диктанты. Например, упражнение «Проведи линию», где по инструкции психолога ребенок проводит определенные линии (прямые, пунктирные, волнистые, цветные и т. д.) в определенном направлении, не отрывая карандаш от бумаги. С. нравились подобные задания, он делал их без ошибок, поэтому данный вид заданий выполнялся только в самом начале.

Также мальчик без ошибок мог выполнить задания, где под диктовку надо расположить различные фигуры относительно друг друга («справа от квадрата нарисуем треугольник, слева»)

Достаточно быстро был выполнен переход к упражнению «Графический диктант» (по речевой инструкции или по зрительному образцу). Сначала С. предлагались различные образцы геометрического рисунка, орнаменты, узоры и давалась инструкция повторить точно такой же рисунок в тетради в клетку. Мальчик работал в медленном темпе, постоянно сличал свои действия с образцом, с возрастанием сложности орнамента, отмечалось много ошибок, мальчик путал элементы, не выдерживал их величину, из-за чего нарушалась «стройность» и ритм узора, часто отрывал карандаш от бумаги, стирал, причем отмечалось недостаточное надавливание ластика на бумагу.

Затем педагог стал диктовать последовательность действий с указанием числа клеточек и их направлений (влево, вправо, вверх, вниз), чтобы С. выполнял работу на слух. Данный вид заданий мальчик выполнял более успешно, справлялся со сложными узорами (змея, ключ и др.). Однако вызывает большие трудности зеркально отразить получившийся узор. С. долго не мог понять, что значит «зеркально» или как в «зеркале». Мы обсуждали, как отражаются части тела в зеркале или в воде, рисовали волны на листе, проговаривали, какие элементы узора будут отражаться и выглядеть по-другому (зеркально). С. долго пользовался таким стереотипом и рисовал линию, изображающую волны. Сейчас с подобным заданием мальчик справляется успешно.

С копированием различных простых фигур (фигуры Денманна) С. справлялся с единичными метрическими ошибками (нестыковка точек пересечения), в целом преобладала дедуктивная стратегия копирования. При копировании трехмерных изображений (дом, куб) отмечались трудности передачи объекта на плоскости: изображение объектных пространственных свойств предмета заменялось рисунком его в ортогональной проекции.

Выполнение теста Тейлора и Рея-Остеррица показало, что в процессах восприятия у С. преобладала хаотическая стратегия копирования образца: изображение не имело никакого сходства с образцом, детали изображались в случайной последовательности без какой-либо системы. С. все время переворачивал свой лист, подрисовывал детали в случайном порядке. Можно было отметить наличие структурно-топологических ошибок (все части были смещены относительно друг друга), метрических ошибок (нестыковка линий и точек пересечения). Было видно, что С. испытывал существенные трудности при воспроизведении пространственной структуры изображаемого объекта, взаиморасположения и ориентации его отдельных частей.

Так, часть занятий с педагогом стала посвящаться копированию различных сложных фигур (однако менее сложных, чем фигуры Тейло-

ра и Рея). С. достаточно быстро запомнил, что сначала можно разобраться, из каких элементов состоит образец, какие элементы большие, какие поделены на части и т. д. Мальчик стал сначала проговаривать это, а только потом приступать к копированию. Педагог и ребенок стали играть в такую игру, где С. надо было описать фигуру по телефону своему заболевшему однокласснику так, чтобы тот смог правильно ее нарисовать.

Сейчас С. использует пофрагментарную стратегию копирования образца (выбирает небольшой фрагмент для копирования, затем присоединяет к нему следующий). С. все еще может начать рисунок с большой фигуры, которая затем заполняется внутренними деталями в случайном порядке. Однако чаще сначала он все же изображает самый большой элемент, затем проводит разделяющие линии и изображает внутренние детали.

Также в работе использовались игры «Кубики Кооса», «Катамино» и пр.

Для развития зрительного гнозиса использовались задания типа «Что здесь изображено?», «Лабиринты», «Найди все предметы», «Тест Виткина», задания типа «Исправь ошибки».

В игры, развивающие пространственное мышление, память и навыки комбинирования вошли настольные игры-головоломки («цветовой код», «деловые жуки», «chocolate fix»).

Для развития речи и логического мышления применялись упражнения, направленные на:

- 1) узнавание предметов по заданным признакам (русский язык, математика, природоведение);
- 2) формирование способности выделять существенные признаки предметов, сравнение понятий (русский, математика), деление объекты на классы;
- 3) формирование умения давать определение понятиям.

Несмотря на существующие трудности, слабость лобных функций работа по развитию зрительно-пространственного восприятия дала некоторые результаты:

1. Игры и игровые упражнения позволили целенаправленно формировать зрительно-пространственное восприятие.

2. После появления прогресса в копировании узоров, решении графических диктантов С. стал лучше ориентироваться в пространстве листа, с охотой и уверенностью собирать различные орнаменты из кубиков.

3. Выполняя различные виды подобных заданий С. освоил более высокий уровень копирования сложных фигур, в особенности после усвоения приема первоначального проговаривания стратегии копирования.

4. Занятия способствовали формированию пространственного восприятия, а через него — чтению и математике (С. стал легче выделять существенные признаки, сравнивать, понимать прочитанное).

5. Постепенно мальчик освоил различный репертуар игр, удерживает сам последовательности из нескольких действий, легче усваивает новые правила.

Для коррекционного воздействия при развитии зрительного восприятия детей с аутистическими чертами следует руководствоваться лично-отно-ориентированным подходом к ребенку с учетом особенностей его онтогенеза. Нейропсихолог создает условия для коррекции нарушенных функций, использует доступный материал, многократное его повторение. Работа всегда проводится на положительном эмоциональном фоне. Она нацелена на выстраивание взаимоотношений между взрослым и ребенком. В описываемых случаях представляются очень важными те позитивные перемены, которые вследствие занятий с нейропсихологом привели к возможности детей пойти в школу: девочка М. пойдет в 1-й класс школы VIII вида, девочка А. — в массовую школу.

ЛИТЕРАТУРА

- Ананьев Б.Г., Рыбалко Е.Ф. Особенности восприятия пространства у детей / М.: Просвещение, 1964. 302 с.
- Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Скоро школа. Учимся видеть и называть: Методика развития зрительно-вербальных функций у детей 5—7 лет / СПб., 2008.
- Безруких М.М. Этапы формирования навыка письма / М.: Просвещение, 2003. С. 96.
- Лалаева Р.И., Серебрякова Н.В. Коррекция общего недоразвития речи у дошкольников / СПб.: СОЮЗ, 1999. 160 с.
- Лурия А.Р. Основы нейропсихологии / М.: Изд. Академия, 2004.
- Люблинская А.А. Очерки психического развития ребенка / М., 1959.
- Манелис Н.Г. Развитие оптико-пространственных функций в онтогенезе // Школа здоровья. 1997. Т. 4. С. 25—37.
- Мусейбובה Т.А. Развитие пространственных ориентировок у детей дошкольного возраста: Автореферат дис. канд. пед. Наук. Л., 1963. 19 с.
- Педагогика, которая лечит: опыт работы с особыми детьми // Сост. М.С. Дименштейн. 3-е изд. / М.: Теревинф, 2013. 240 с.
- Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети. Основы диагностической и коррекционной работы психолога / М., 2001.
- Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте / М.: 2002.
- Цыганок А.А., Виноградова А.Л., Константинова И.С. Развитие базовых познавательных функций с помощью адаптивно-игровых занятий / М.: Теревинф, 2006. 72 с.

DRAWING AFTER MODEL AND VOICE INSTRUCTIONS AS A METHOD OF DEVELOPING SPATIAL PERCEPTION FOR CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

N.A. SHUMSKAIA

The article presents the experience of working with autistic children on development of spatial perception under neuropsychological approach. Child's development of adequate spatial perception is a current problem since it is a crucial element of school program. The article contains sequence and content of educational work that deals with finding a way of motivating the child, increase skills of planning, organizing, sequencing, prioritizing and shifting attention.

Keywords: autism, autism spectrum disorders, diagnostics, neuropsychological treatment, spatial perception.

- Anan'ev B.G., Rybalko E.F.* Osobennosti vospriiatiia prostranstva u detei / Moscow: Prosveshchenie, 1964. 302 p.
- Akhutina T.V., Pylaeva N.M.* Skoro shkola. Uchimsia videt' i nazyvat': Metodika razvitiia zritel'no-verbal'nykh funktsii u detei 5—7 let / SPb., 2008.
- Bezrukikh M.M.* Etapy formirovaniia navyka pis'ma / Moscow: Prosveshchenie, 2003. P. 96.
- Lalaeva R.I., Serebriakova N.V.* Korrektsiia obshchego nedorazvitiia rechi u doshkol'nikov / SPb.: SOIuZ, 1999. 160 p.
- Lurii A.R.* Osnovy neiropsikhologii / Moscow: Izd. Akademiia, 2004.
- Liublinskaia A.A.* Ocherki psikhicheskogo razvitiia rebenka / Moscow, 1959.
- Manelis N.G.* Razvitie optiko-prostranstvennykh funktsii v ontogeneze. Shkola zdorov'ia. 1997. T. 4. Pp. 25—37.
- Museibova T.A.* Razvitie prostranstvennykh orientirovok u detei doshkol'nogo vozrasta: Avtoreferat dis. kand. ped. Nauk. Spb, 1963. 19 p.
- Pedagogika, kotorai lechit: opyt raboty s osobymi det'mi // Ed. M.S. Dimenshtein. 3-e izd. / Moscow: Terevinf, 2013. 240 p.
- Semago N.Ia., Semago M.M.* Problemnye deti. Osnovy diagnosticheskoi i korrektsionnoi raboty psikhologa / Moscow, 2001.
- Semenovich A.V.* Neiropsikhologicheskai diagnostika i korrektsiia v detskom vozraste / Moscow: 2002.
- Tsyganok A.A., Vinogradova A.L., Konstantinova I.S.* Razvitie bazovykh poznavatel'nykh funktsii s pomoshch'iu adaptivno-igrovykh zaniatii / Moscow: Terevinf, 2006. 72 p.

ПРЯМОЕ ВКЛЮЧЕНИЕ ИЗ КАБИНЕТА ШКОЛЬНОГО ПСИХОЛОГА

И.А. НИКОЛАЕВСКАЯ

В школе № 1021 я официально работаю только полгода, на самом деле мы близко знакомы уже несколько лет, благодаря тому, что школа является базой практики моего университета. Когда я пришла на собеседование, мне стало слегка жутко от тех обязанностей, которые возлагались на меня: «обеспечить гармоничное развитие детей в процессе обучения», но как это сделать?! Я размышляла о своей профессии и психологии в целом. Психология как наука стоит на перепутье естественно-научных, гуманитарных и математических наук, она будто балансирует, стараясь включить в себя все научные сферы, чтобы смотреть на реальность как можно шире. Так и педагог-психолог в школе балансирует между родителями, детьми и педагогами, пытаюсь дать обратную связь всем желающим. Удастся ли мне удержать этот баланс?

Сегодня я бы хотела поделиться опытом, который успела приобрести в работе по преодолению трудностей силами рефлексивно-деятельностного подхода. Попробую привести хронологию событий из одного рабочего дня педагога-психолога.

8:00 утра. Это время начала первого урока, сегодня четверг, а это значит — урок химии у 9-Б класса. Почему я участвую в проведении уроков? Когда я устроилась работать в школу, самой важной проблемой для всех педагогов был «сложный» 9-Б класс: с ребятами невозможно наладить контакт, невозможно поддерживать дисциплину и идти по программе. Мы начали разбираться, наблюдать, как проходят уроки, и как ведут себя ребята. Картина была такой: дети совершенно не понимают, а главное, не хотят понимать, о чем идет речь на уроке, они кричат, разговаривают, игнорируют учителя. Что же делает учитель? Кричит, безрезультатно пытается привести детей к порядку и заставить их работать по программе. Проблема серьезная, у детей нет никакого замысла работы, замысел есть у учителя, однако, он его не доносит до детей, никто не понимает, что делает другой, и ни о каком контакте речи быть не может.

Мы решили созвать совет учителей, чтобы обсудить ситуацию, провести рефлексию деятельности учителей и попробовать отыскать более про-

дуктивные способы работы. Некоторые откликнулись (например, учитель химии), и мы стали работать, анализируя проведенные уроки. Мы разбирали один урок в течение трех часов, и было ощущение, что мы не продвинулись ни на миллиметр, и в этот момент учитель произнес прекрасную фразу: «я должна восполнить все их пробелы». Вот он, непродуктивный способ работы, нашли! Осталось лишь обратиться на него внимание и модифицировать. Ведь пробелы в знаниях у детей, и ключевой вопрос — как им захотеть восполнить его? Работа пошла в гору, мы придумывали практические задания и опыты, чтобы разжечь в детях интерес, продумали, что каждый урок будет начинаться с разъяснения учителем своего замысла и построением общей деятельности. Уроки стали получаться, дети начали осваивать теорию через интересные практические задания, учитель с удовольствием оказывал помощь всем желающим, а так как на первых порах желающих было много, я тоже участвовала в проведении уроков.

Итак, сегодня дети пожаловались, что не помнят ничего с прошлого года, когда у них был другой учитель химии. Вот он замысел учеников — узнать, что было в прошлом году, разобраться. Как поступит учитель? Ведь это шаг в сторону от программы. Сейчас запрос ребят важнее слепого следования программе, учитель это понимает, момент очень ценный, именно на таких моментах строится субъект-субъектное взаимодействие. Учитель вводит в курс дела — в прошлом году ребята должны были изучать молярную массу и решать задачи такого типа. «Хотим решить!» — говорят некоторые. Работа запущена, учитель пишет уравнение химической реакции на доске, дает исходную массу элемента, ставит условие. На первый взгляд простая задача, но в ней уж очень много подводных. Дети это видят, становится тяжело. Сейчас возник переломный момент, отличники, которые были больше всего заинтересованы в решении задачи, смогли разобраться и решить, остальной класс — нет. Учитель дает следующую задачу для самостоятельного решения, но класс выпадает из процесса, интерес потерян. Я вмешиваюсь, кричу: «я совершенно не поняла эту ужасную задачу, кто из вас объяснит мне и остальным, которые не поняли?». Дети смеются, двое начинают сумбурно говорить этапы решения и приходят к выводу, что не так уж и хорошо они уловили суть. Этот процесс живой, он происходит здесь и сейчас, все видят, что двое учеников, начав объяснять, так и не смогли продолжить, это зарождает интерес, что же в задаче такое, что даже лучшие не разобрались до конца? Учитель улыбается и начинает рассказывать о решении задачи еще раз, все слушают, пишут, кто-то списывает у соседа, кто-то делает вид, что пытается понять, но сейчас все находятся в одной деятельности, все с разной степенью интереса пытаются решить задачу. Каждый помогает, как может: кто-то диктует формулу, кто-то ищет молярную массу элементов по таблице Менделеева, кто-то считает действия. Этот момент вол-

шебный, большинство детей в классе испытывают искренний интерес, они действительно хотят разобраться в задаче, учитель видит это, и он не может не улыбаться, все стараются изо всех сил, и вот он результат — задача решена! Звенит звонок, учитель благодарит детей за активное участие в уроке, ставит положительные оценки наиболее активным ребятам. На перемене у нас с учителем есть несколько минут обсудить проведенный урок. В целом одни положительные впечатления, но стоит подумать, почему в самом начале дети потеряли интерес к задаче. Ответ прост: потому что решение первой задачи было деятельностью учителя, а не детей, и как бы хорошо они не относились к педагогу, все равно это скучно, быть простыми наблюдателями, а не участвовать. Проговариваем еще раз важные для нас моменты — искренняя вовлеченность в деятельность должна быть двусторонняя, если интерес теряется, деятельность нужно тормозить и возвращаться к моменту потери. Только так сотрудничество сможет сохраниться.

12:05. Полдень. У пятого класса закончились уроки, несколько девочек приходят ко мне в кабинет. Обычно у нас следующий сценарий работы: все желающие приходят и делают уроки, причем желающие из разных классов, начиная с четвертых и заканчивая девятыми.

Вначале я испытывала реальные трудности с этим: как помочь всем, учитывая, что все из разных классов и с разными трудностями. В определенный момент меня осенило. Вспоминая дипломную работу С.А. Позняковой о различиях подсказки и помощи, я решила рассказать об этом детям. Какая разница между двумя этими действиями? Что будет полезнее? Что нужно сделать, чтобы оказать именно помощь? Дети сыпали вариантами ответов, и в итоге у нас возникла следующая схема: все стараются работать самостоятельно, и только когда возникает серьезная трудность, ученик обращается за помощью. А мы помогаем ему, задавая вопросы, которые помогут понять, что он делает не так. Достаточно быстро все освоили этот способ работы, и теперь я могла заниматься с кем-то одним или вовсе посвятить себя другим делам, ведь дети помогали друг другу, иногда старшие младшим, иногда наоборот. Постепенно все они выучили сложное и непонятное слово — рефлексия и тренируются друг на друге. Вот такой диалог можно услышать у меня в кабинете (разговор Маши и Сабрины, 4-й класс):

М: Смотри внимательно на условие задачи и поймешь, что у тебя есть все для решения.

С: Не понимаю!

М: Если всего было семь тысяч книг, то как найти одну пятую от них?

С: Надо разделить?

М: Да, а что на что? Подумай, ты же должна точно знать.

С: Семь тысяч на пять, потому что пять частей, а так найдем одну.

Я счастлива оказаться свидетелем этого прекрасного диалога, пусть на первый взгляд он совершенно обычный, но это и есть оказанная помощь в преодолении трудностей!

Итак, дети заходят в кабинет, организуют пространство для работы, я прошу их вести себя тихо, ведь я жду Юру, ученика шестого класса, он тоже придет делать уроки, но тут все не так просто. У Юры практически нет проблем с решением примеров или написанием упражнений, он работает над преодолением трудностей в общении со сверстниками, это для него действительно тяжело. Размышляя, как можно помочь Юре, я пришла к выводу, что мы можем делать те же уроки, но за счет того, что мы находимся у меня в кабинете среди большого количества учеников, возможно, получится преодолеть барьер и начать взаимодействовать с окружающими ребятами. Первое занятие прошло достаточно быстро, он почти не откликнулся на мои вопросы, а когда обнаружил трудность, не попросил помощи, пока я сама не предложила разобраться. Мы разбирали сложный пример, и понемногу он стал отвечать.

Сегодня урок прошел гораздо плодотворнее. Юра пришел, сам выбрал, куда сесть, рассказал о домашнем задании и попросил ему объяснить несколько пунктов. Периодически другие ребята подходили к нам и просили оказать помощь, Юра нехотя откликнулся. В рамках такой работы очень удобно действовать, используя технологии рефлексивно-деятельностного подхода, ученик всегда может обратиться за помощью по преодолению учебных трудностей, не озвучивая более серьезной для него проблемы, и через учебную деятельность мы стараемся докопаться до истинной причины, которая зачастую находится в личностной сфере. Это снимает излишнюю тревогу и дает возможность действовать более свободно.

15:00. Последнее занятие.

Некоторое время назад ко мне обратился за помощью девятиклассник. По его словам, он совершенно ничего не понимает в математике. Нашу работу мы начали с таблицы, в которой я попросила его обозначить, что он может сделать самостоятельно, что только с помощью взрослого, а что не может сделать вообще. По общему замыслу мы решили выстраивать наши занятия относительно этой таблицы. Выяснилось, что довольно простые способы решения, которые соответствуют программе 5—6 классов, ему недоступны, и из-за этого страдают все остальные способы из более поздних классов. Вначале работа была медленной, трудоемкой; постоянно возникало ощущение, что выполнить задание невозможно, и лучше все бросить. Из-за неуверенности в собственных силах Саша даже писал карандашом, чтобы стирать неверные ответы. Три или четыре занятия мы полностью посвятили разборам всех элементарных математических действий, расписали алгоритмы работы

для каждого задания. С каждым занятием задания все усложнялись, а Саша чувствовал все больше уверенности в себе, появились примеры, решение которых он сразу записывал ручкой, а не карандашом. Теперь работа строилась таким образом: я писала задание, Саша внимательно смотрел на него, искал аналогичный пример в прошлых занятиях и решал по образцу самостоятельно. Мы исписали четверть тетради и, наконец, перешли к решению действительно сложных примеров. Поразительно, как меняется учебная деятельность, когда пробелы, не дававшие ранее решить сложные задания, исчезают. Остались только сосредоточенная работа со способом, поиск ошибок и верные решения. А самое главное, он почти перестал писать карандашом. Значит ли это, что более глубокая проблема, на которой основывалась невозможность освоить математику, заключалась в отсутствии веры в собственные силы? Предполагаю, что так оно и было, благодаря нашему сотрудничеству мы выработали способы решения, и это дало необходимую уверенность в себе. Таким образом, работая в плоскости учебной деятельности, мы вышли на личностный уровень.

Работая в школе, я все больше прихожу к выводу, что рефлексивно-деятельностный подход наиболее гибкий и подходящий для любой из ситуаций. С помощью рефлексии способов деятельности мы всегда приходим к проблеме, которую разрешаем, модифицируя старый способ или создавая новый. Важным моментом для меня является обращение за помощью: это вхождение в субъектную позицию относительно собственной деятельности, рефлексия этой деятельности, ведь без этого не понять, что у тебя есть проблема. Затем все зависит от нашего сотрудничества, правильно выстроенный контакт даст возможность клиенту использовать ресурс, который пока находится на стороне психолога-консультанта, используя этот ресурс, клиент создает продуктивные способы деятельности и приходит к решению проблемы. Благодаря тому, что мы с ребятами находимся в процессе обучения и преодоления учебных трудностей, я использую свою возможность рассказывать и объяснять, как работает рефлексия, что она открывает нам, постепенно дети приходят к осознанию важности этого процесса и учатся помогать друг другу, используя технологии рефлексивно-деятельностного подхода. И это действительно стоит того, чтобы видеть.

LIVE BROADCAST FROM SCHOOL PSYCHOLOGIST'S CABINET

I.A. NIKOLAEVSKAIA

РЕФЛЕКСИВНО-ДЕЯТЕЛЬНОСТНЫЙ ПОДХОД В НИЖНЕМ НОВГОРОДЕ. НАЧИНАЕМ СОТРУДНИЧАТЬ

А.М. ЗАЛЕССКАЯ

После завершения обучения на факультете консультативной и клинической психологии МГППУ, я решила вернуться работать в свой родной город — Нижний Новгород. Мои коллеги и друзья восприняли это решение очень скептически. Я хорошо запомнила фразу: «В Москве ты будешь жить и работать в хорошей среде, ты будешь развиваться. В Нижнем же тебе придется развивать ту среду. Тебе придется развивать их». Не самое красочное представление о городе, все-таки у нас тоже есть прекрасные специалисты, есть свои университеты, но доля правды в этих словах была. Но я переехала.

Придя на собеседование в центр современных психологических технологий «Искусство Жить», я долго рассказывала о нашем университете, о прекрасной, разнообразной практике: в детском лагере, в психоневрологическом санатории, в НИИ психиатрии, в общеобразовательной школе. Но в конце концов мне задали прямой вопрос: «А что, собственно, ты умеешь делать? Что ты можешь проводить?». И в голове возникла только одна мысль: «Я точно могу проводить нейропсихологическую диагностику с детьми». Эта идея руководителям понравилась — таких специалистов в городе мало, спрос есть. Я сказала «правильные» слова, что, каким бы ни был дефект, важно искать ресурсы ребенка. Важно не столько то, что ребенок не может. Важно то, что он может хорошо — именно с помощью ресурсных сторон его психической структуры можно преодолеть сложности. И меня взяли проводить нейропсихологическую диагностику и коррекцию.

Очень скоро, однако, я поняла, что в частный центр редко приходят дети, действительно нуждающиеся в коррекции. Приходят дети со сложностями — самыми разными. Но практически все родители жаловались на то, что дети не хотят учиться. Что они не испытывают интереса к учебе, не умеют организовывать процесс выполнения домашних заданий, не любят школу.

Такие проблемы очень мешают родителям — им приходится тратить много сил и нервов на совместное приготовление уроков. Это подтачивает отношение родителей и детей: заставляет учеников чувствовать себя глупыми и бездарными, а родителей — плохими деспотами. Сколько раз я слышала фразу: «Я не могу ничего поделаться, я уже просто кричу на ребенка». Какое тогда может сформироваться отношение к учебе?

Естественно, негативные эмоции запоминаются очень быстро. И ко второму классу ребенок может уже всей душой не любить школу. Тогда я поняла, важность и ценность рефлексивно-деятельностного подхода и стала приглашать своих клиентов на занятия. Сначала я просто разрывалась. С одной стороны — нейропсихология, с ее отношением к ребенку как к объекту диагностики и коррекции. С ее вопросами: как воздействовать на ребенка так, чтобы скорректировать ту или иную функцию? Как замотивировать ребенка учиться? Как мне восполнить его пробелы?

В рефлексивно-деятельностном подходе в корне иное отношение между психологом и ребенком. Мы задаемся вопросами: как построить процесс сотрудничества, как стимулировать субъектную позицию ребенка, как я могу ему помочь?

Для того, чтобы показать родителям, что такое РДП и зачем это нужно, мы решили провести просветительский семинар, на котором рассказали о принципах РДП, и показали, как это работает. Отклик родителей впечатлил. Настолько эта тема оказалась животрепещущей, настолько они вдохновились. Кажется, часть из них наконец поверила, что что-то может измениться в них и в их детях.

Дети очень гибкие. Они за 2—3 занятия могут измениться, но родителям меняться сложнее. И вот, после занятия ребенок возвращается домой, а там его уже ждут со скалкой и словами: «Ты уроки все сделал?! А ну скорее давай, сколько можно тянуть?! Ну что тут непонятного, реши уже эту задачу и закончим на этом. Ты опять ошибся, ты что, совсем глупый? Как этого можно не понимать!».

Однако, во всем нужно искать ресурсы. Я работаю в необычной для РДП ситуации — я каждое занятие вижу родителей ребенка. Сначала я совсем не знала, что мне с ними делать. На занятиях они мне мешали, подсказывали, ругались — одним словом включали все свои привычные способы взаимодействия. И здесь мне помогла встреча с М.М. Гордон и Михаилом Гордон. Мы поняли, насколько важно и нужно работать с родителями! Если уж есть такая возможность. Как работать? Так же, в русле РДП. Прорабатывать проблемные способы взаимодействия и формировать новые. Рефлектировать вместе о том, что произошло на

занятии. Помогать им преодолеть их главную сложность — взаимодействие с ребенком по поводу учебной деятельности.

Как проходят наши занятия? На первых занятиях я работаю с ребенком, а родитель выступает в позиции активного наблюдателя: он фиксирует сложности ребенка, какую помощь я оказывала, к чему помощь привела. Родитель занят, ему некогда ругаться или подсказывать. Он знакомится с новыми способами. Он помогает мне увидеть то, что я упускаю из виду. В конце каждого занятия мы проводим совместную рефлексию. Раз в неделю мы встречаемся с родителем вдвоем и работаем с теми сложностями, с которыми он сталкивается при работе с ребенком.

Это уникальная возможность работать в системе, комплексно помогать ребенку. В таком случае, я постепенно передаю родителю функцию помощника. Отношение родителя к ребенку меняется — происходит переход от воздействия к взаимодействию.

REFLECTIVE-ACTIVITY-APPROACH IN NIZHNIY NOVGOROD: WE START TO COOPERATE

A.M. ZALESSKAYA

ИСТОРИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

ЛЕКЦИЯ 2. ПРЕДЫСТОРИЯ ПСИХОТЕРАПИИ (ЧАСТЬ I)

И.Б. ГРИНШПУН

Неотрефлексированные гипнотические практики

В конце XVIII века (до Французской революции) в медицину входит новый метод, который несколько не рассматривался его автором как психотерапевтический, но в итоге приведет к тому, о чем мы говорим.

Во второй половине XVIII века в Австрии в Зальцбурге жил человек по имени Франц Антон Месмер¹. Достоверно о нем не очень много известно — больше легенд или рассказов, и книжечки о нем вы можете встретить как в серии «Великие пророки», так и в серии «Великие шарлатаны».

Месмер был действительно необычным человеком. Он был очень образован — имел три образования, одно из них медицинское. Был одаренным инженером (например, он изобрел стеклянную губную гармонику, которую будет использовать в своей практике). Был масоном (вероятно, достаточно высокой степени посвящения)², что открывало ему двери в разные дома. Что для нас важно — как врач (в основном, он себя определял так) Месмер считал себя последователем Парацельса³.

¹ Часто ставят ударение — Месме́р, потому что потом он довольно долго будет жить во Франции.

² XVIII век — это век странный, особенно, во Франции и Австрии. Это век заговоров, тайных обществ (и не тайных, кстати, — масонские ложи предьявляли себя вполне открыто, но имели свои внутренние тайны). Век авантюристов, типа графа Калиостро (настоящее имя — Джузеппе Бальзамо), который участвовал чуть ли не во всех заговорах, бывал и в России, был знаком с Месмером. Время, когда мужчине высшего света было модно быть женственным — отсюда пудра, мушки на щечках, они запросто могли упасть в обморок, среди мужчин это считалось нормальным, и т.д. Месмер существовал в этих пространствах.

³ Парацельс — врач позднего Средневековья, XVI века, современник Фауста и его соперник, кстати. Парацельс — это псевдоним (когда-то был римский врач Цельс, «Парацельс» — «около Цельса»), его настоящая фамилия была Го-генгейм. Совершенно загадочный персонаж.

Парацельс говорил о том, что он отбрасывает медицину Авиценны и Гиппократы: «Лучше я буду учиться на своих достижениях, чем на чужих ошибках». Он был алхимиком (по сути, от него идет медицинская фармакология). В свое время Парацельс занялся изысканиями древних медицинских, в том числе и тайных, знаний. Среди прочего, он лечил магнитами, вроде бы взяв это у древних египтян. Это было принято и в XVIII веке, Месмер тоже лечил магнитами. В чем была идея? Нужно поставить магниты правильного размера и формы на разные участки тела (изготовить их, если нужно), и магнитный флюид вроде бы лечит. Больные впадали в некое состояние, которое мы бы назвали «легкий транс». Что обнаружил Месмер? Однажды, идя к одной из своих больных, он забыл свой саквояж с магнитами, а она все равно впала в состояние транса. Месмер считал, что источником магнитного флюида может быть не только магнитный железняк, но и живой организм, в частности, человеческий. Он назвал это «животный магнетизм». В дальнейшем из этого он разовьет идею о том, что есть вселенский магнитный флюид, который аккумулируется в разных объектах в разной степени, в том числе в живых существах — в людях и даже в животных (например, удав и кролик). Это что-то вроде света или электричества, только более тонкое⁴. И. Гасснер, протестантский экзорцист, о котором я уже рассказывал, с точки зрения Месмера, просто обладал очень высоким магнетизмом, и поэтому был так успешен.

Месмер стал применять животный магнетизм как медицинское средство, используя самого себя как магнетизера. Никакой мистики он за этим не видел, считая, что это вполне материальная вещь, примерно, как электричество — мы же тоже не видим, как оно по проводу бежит, а оно бежит⁵.

Что делал Месмер? Наиболее известны были его групповые сеансы. Иногда говорят, что они явным образом являются прототипом группо-

⁴ Идея вселенского флюида тоже войдет в психотерапию. Например, мы увидим ее у Вильгельма Райха в мысли о том, что есть оргонная энергия — космическая энергия сексуальности, любви и т.п. Мы увидим ее у Якоба Морено, который считал, что есть вселенская энергия творчества, которую для «неромантичных» американцев он назовет спонтанностью, а так он называл это «искра Божья».

⁵ Кстати, электричество в это время уже активно изучалось. Современником и приятелем Месмера был Бенджамин Франклин, который на тот момент являлся послом США во Франции. Это тоже уникальный человек, который с детства решил стать великим, строил по этому поводу планы, регулярно записывая их в дневнике — в духе Мюнхгаузена: «сегодняшняя подвиг». Он поставил себе задачу овладеть молнией — и ведь овладел, придумав громоотвод. Франклина я еще вспомню в связи с Месмером, но по другому поводу.

вой терапии, хотя сам Месмер этого не понимал. В чем же заключались сеансы? Общая медицинская идея была такая: у больного нужно вызвать ряд последовательно нарастающих кризов его болезни, и тогда болезнь уйдет. Это, примерно, как мы обычно боеем: хуже-хуже-хуже — очень плохо — лучше-лучше-лучше. Вызывать кризы можно при помощи животного магнетизма.

Представьте себе комнату, уставленную зеркалами. Зеркала обращены внутрь, чтобы магнитный флюид не улечивался, а отражался. В центре комнаты стоит деревянный бак, в этом баке бутылки с водой, в воде лежат кусочки магнитного железняка или просто металла, из каждой бутылки торчит металлический штырь в виде русской буквы «Г» так, что верхняя планка приходится на уровне груди человека. Входят больные с самыми разными заболеваниями, встают вокруг этого бака, каждый берет за свою перекладину, их опоясывают волосяной веревкой, которая, как считалось, проводит магнитный флюид⁶. Дальше раздается музыка — специально написанная Моцартом⁷ — которую играет Месмер на стеклянной губной гармонике. Он входит в лиловом звездном плаще (это масонская символика) и начинает «транслировать» свой флюид, некоторые пишут, что при помощи жезла, другие — что просто так. И действительно, у больных возникали приступы их заболеваний. По окончании сеанса никому из 20 человек хуже вроде бы не становилось, по крайней мере, это не описано, троим становилось лучше, трое вылечивались. Это считалось нормальным процентом успешности для врача того времени. Но Месмер брался за случаи, от которых уже отказались все остальные врачи, сочтя их неизлечимыми, а он их вылечивал⁸.

Еще раз повторю, Месмер считал, что за этим стоят вполне материальные силы. Конечно, он не мог ничего сказать про эффект групповой внушаемости. Он не мог ничего сказать и не размышлял про отношение к нему как к врачу. В последствии во Франции ему инкриминировали, что он пользуется своей мужской привлекательностью для того, чтобы

⁶ На других сеансах больные опускали свои босые ступни в пруд, который был предварительно намагнетизирован.

⁷ Месмер был другом отца Моцарта, Леопольда, а потом и самого Вольфганга. Именно Месмер в свое время приобщил его к масонству. Кстати, Моцарт, вероятно, был убит совсем не Сальери, а судя по всему, членами масонской ложи, которой он принадлежал (только не той, в которую его ввел Месмер, а другой), за то, что в опере «Волшебная флейта» он показал некоторые масонские ритуалы.

⁸ Вообще, все это, как вы понимаете, очень напоминает некоторые вещи из нашей сегодняшней жизни — на экране опять стали показывать А. Чумака (помните, который «заряжал» воду и прочее), А. Кашпировского. Такие анекдотичные персонажи. Когда приходят смутные времена, начинается обращение к подобным вещам. И тогда времена тоже были смутные.

воздействовать на больных⁹ — он был крупный, большеглазый, да еще в соответствующей одежде.

Месмер хотел, чтобы открытый им магнетизм был признан официальным медицинским сообществом как новый метод лечения, и с этим поехал во Францию, где была наиболее авторитетная Академия. Однако там не торопились устраивать экспертизу. Но Месмер был принят при дворе и пестовал королевскую семью (это было еще до Революции), провел там несколько лет, обретая все большую популярность среди людей. Он стал открывать школы, у него появились ученики, на него посыпались большие деньги. Судя по тому, что известно, у него стала быстро развиваться мания величия. «Я могу намагнетизировать солнце», — говорил Месмер. Но постепенно его авторитет стал падать. В частности, это было, связано с одним из случаев, который можно, наверное, считать первым случаем, близким к психотерапевтическому (правда, известен он только в общих чертах). Месмер взялся лечить от слепоты молодую девушку, любимицу двора, очень популярную слепую музыкантшу Марию Терезию Парадиз (не знаю, подлинное ли это имя, «парадиз» — это рай по-французски). Он работал с ней два года, и формально это завершилось неудачей — она осталась слепой. За ней вел дневник ее отец. (Я не читал дневник, но знаю в пересказе). Историки обращают внимание на некоторые страницы этого дневника, где отец, например, пишет, что Мария «неожиданно обнаружила», что у людей есть носы, и стала бояться приближения людей, опасаясь, что носы выколуют ей глаза. Это похоже на то, что происходит, когда больных излечивают от врожденной катаракты, то есть от природы слепых делают зрячими (хотя, не знаю, насколько это корректная аналогия). Поскольку у них нет опыта зрительного восприятия, то нет того, что в психологии называется константностью восприятия. Скажем, я смотрю на вас. Те, кто сидят дальше, отпечатываются на моей сетчатке в меньшем размере, но при этом они не становятся для меня лилипутами. Это не мыслительный акт — я просто непосредственно вижу, что люди нормального роста. Очень может быть, что случай Марии Терезии был случаем истерической слепоты — потом они будут много раз описаны¹⁰. Может быть полное здоровье зрительного аппарата — сетчатки, нервов, хрусталика, — но человек может быть слеп. Тогда можно попытаться найти объяснение тому, почему Месмер был неуспешен. Потому что, извините за цинизм, и девушке, и, вероятно, ее родителям в этой ситуации психологически выгоднее бы-

⁹ В этом увидели проблему отношений между врачом и пациентом, которую в будущем Фрейд опишет как перенос.

¹⁰ Например, мы с этим столкнемся в практике Пьера Жане, когда он излечит свою пациентку от слепоты на один глаз, которую та считала врожденной.

ло, чтоб она оставалась слепа. Зрячая музыкантша — это не фокус, а слепота привлекает к ней внимание, поддерживает имя и т.д.

После этого случая для Месмера все становилось хуже. Академия назначила экспертную комиссию, чтобы проверить, что происходит на сеансах. Правда, она проверила не Месмера (его самого в это время не было в Париже), а его ученика, да еще и ушедшего от него. Поэтому результаты работы комиссии юридически не повлияли на то, что делал Месмер. В эту комиссию входили очень достойные люди: Б. Франклин, выдающийся химик А.Л. Лавуазье, врач Ж.И. Гильотен¹¹. Интересно, что никто не отрицал эффективности лечения, но был вынесен вердикт: «Это шарлатанство, потому что лечит не магнитный флюид, которого нет, а лечит человеческое воображение, которое может лечить и без всякого флюида». Я не могу ответить вам, почему они не уцепились за эту мысль и не стали ее развивать. По сути, это было признание психотерапии: воображение лечит. Почему же не исследовать, как это происходит? Нет, не исследовали.

Месмер после этого уехал и доживал свой век на границе Швейцарии и Австрии, будучи простым врачом. Но слово «месмеризм» осталось и существует до сих пор. В английском языке есть слово «to mesmerize» — ввести в особое состояние. Осталось и слово «магнетизм». Но, может быть, мы не вспоминали бы о Месмере, или вспоминали его как казус, типа графа Калиостро, если бы не еще один его ученик, который еще в бытность Месмера во Франции сделал некое удивительное открытие в области месмеризма, или магнетизма.

Среди учеников Месмера было три брата, французские дворяне по фамилии де Пюисегюр. Все они имели отношение к магнетизму¹². Один из них был путешественником и, как пишут, вывез магнетизм в Доминикану, где сделал из него чуть ли не религию рабов. Другой был известен тем, что во время парада, когда один солдат упал в «падучую», он на глазах королевской семьи привел его в себя. Ну а старший — маркиз де Пюисегюр (полное имя Аман-Мари Жак де Шастене де Пюисегюр) известен тем, что у себя в деревне проводил опыты и практиковал магнетические пассы со своими крестьянами. Насколько можно понять по пересказам, при этом он прибегал к тому, что считал магией друидов: там использовались деревья, в деревне или около нее рос священный

¹¹ Врач, который известен, скажем так, не очень человечным изобретением. Хотя, если условно можно говорить о гуманности казни, то гильотина более гуманна, чем топор палача — там сразу и наверняка.

¹² Дело в том, что тогда, в XVIII веке, среди дворян было страшно популярно заниматься наукой. Преимущественно занимались алхимией (если считать это наукой) и месмеризмом.

вяз, у корней которого бил священный ручей. Пюисегюр сажал крестьян вокруг вяза в два круга лицом друг к другу, обвязывал волосяной веревкой, и они по очереди были друг для друга больными и врачами. Оказалось, что магнетизмом проще воздействовать на человека, который стоит ниже на социальной лестнице: проще замagnetизировать дворянину крестьянина, чем другого дворянина, офицеру — солдата, чем другого офицера. Сейчас мы знаем, что это психологический взгляд снизу вверх¹³. Но важно не это. Один из его крестьян (это, вероятно, второй случай, который можно описать, правда, он не терапевтичен), Виктор Рас, когда Пюисегюр делал магнетические пассы, впадал в некое удивительное состояние — например, он начинал лучше слышать. Скажем, Пюисегюр что-то про себя мурлычет, крестьянин начинает подпевать — то есть снизились абсолютные пороги чувствительности. Он начинал лучше говорить — очень отчетливо и грамотно для простого крестьянина. Но самое главное, в этом состоянии он по заданию Пюисегюра совершал достаточно сложные действия, в том числе и требовавшие ухода на какие-то расстояния, возвращения оттуда, что иногда занимало несколько часов. А когда Пюисегюр выводил его из этого состояния, он ничего не помнил, кусок жизни просто выпадал¹⁴. Пораженный Пюисегюр назвал это «магнетический сомнамбулизм». Месмер знал об этом открытии, но не понимал, что это такое, и даже сердился.

Термин «сомнамбулизм» сохранился до нашего времени для обозначения самой глубокой фазы гипноза. То есть, по сути, Пюисегюр открыл гипноз¹⁵, хотя слово это еще не используется. Часто вы можете прочитать, что Месмер был открывателем гипноза, а Пюисегюр — второй фигурой. Но, например, Г. Эллиенбергер считает, что корректней говорить так: исследования Месмера инициировали обнаружение гипно-

¹³ У меня был такой опыт: когда я вел тренинг и мы разбирали проблему первого впечатления, я работал с мальчиком, который был выше меня. Когда мы сели, я стал эффектно демонстрировать: «Какого я роста, скажите мне?» И этот мальчик, который физически смотрел на меня сверху вниз, сказал, что я выше него. В социальной психологии известны эксперименты, которые проводились в Америке: психолог водил по трем разным аудиториям одного и того же человека, «мистера Инглэнда», но в одной представлял его как студента, в другой как преподавателя, в третьей как профессора. А после того, как гость уходил, просил в каждой аудитории оценить его рост в сантиметрах. Так вот «мистер Инглэнд» от студента до профессора «вырос» в среднем на 10 сантиметров, тогда как рост психолога оценивали одинаково.

¹⁴ Кстати, Рас через некоторое время стал жаловаться, что после таких сеансов ему хуже, и Пюисегюр прекратил его так широко демонстрировать.

¹⁵ Подробнее о Пюисегюре можно прочитать в книге Г. Эллиенбергера «Открытие бессознательного», так как в других местах его только упоминают.

за, а реальное открытие произошло у Пюисегюра. В этом плане, Месмер и Пюисегюр обозначают новый этап в истории либо, по крайней мере, в предыстории психотерапии.

Научное изучение гипноза

Если говорить о судьбе гипноза дальше, то она довольно причудлива¹⁶.

Магнетизм долгое время считался шарлатанством и, в основном, официально не признавался. Его пытались применять очень немногие врачи. Чаще к нему обращались самоучки, лекари, те, кто презентовал себя как целителя, или те, кто выступал с подобием актерских номеров¹⁷.

Гипноз развивается как некий медицинский андеграунд. И только к 40-м годам уже XIX-го столетия стали возникать более серьезные попытки понять, что такое гипноз, т.е. сначала что такое магнетизм. Но я не случайно уже все чаще произношу слово «гипноз», потому что в 1843 году была опубликована книга шотландского врача по фамилии Брейд, которая называлась «Неврогипнотизм». Это считается началом научного исследования гипноза.

Дж. Брейд, посетив несколько сеансов магнетизма, счел, что состояние, в которое впадают пациенты, очень похоже на искусственно вызванный сон — отсюда «гипнос», «гипнотизм» (хотя аналогия со сном, на самом деле, очень условная. Хочу сказать, что в целом, до сих пор еще не очень понятны механизмы гипноза). Но поскольку XIX век — это «век нервизма», то — «неврогипнотизм».

Действительно, в XIX веке все большую популярность приобретает идея о том, что, как мы говорим, «все от нервов»: все базируется на нервной системе и все болезни связаны с поражениями нервной системы. Это началось еще с конца XVIII века, когда была обнаружена элек-

¹⁶ Отошлю вас еще к одной книге по этому поводу. Л. Шертук и Р. де Соссюр (сын лингвиста Фердинанда де Соссюра) написали книгу «Рождение психоаналитика. От Месмера до Фрейда». Они считали, что психоанализ зря отказался от гипноза, и пытались «вернуть» его обратно, написав о том, как из гипноза вырастает фрейдовский психоанализ. Посмотрите, там описаны не только те, о ком мы будем говорить, но еще и другие.

¹⁷ Например, вспомним роман «Граф Монте-Кристо». Аббат Фариа, который дал Монте-Кристо сокровища — это реальный персонаж, португальский аббат, который действительно сидел в замке Ив за участие в заговоре, (правда, не знаю ничего про сокровища). Он был известен как человек, который применял техники гипноза и даже сам изобрел некоторые из них. В частности, он просил сосредоточиться на ладони и говорил: «Спать!» Но, поскольку к гипнозу относились скептически, Фариа подставили недруги: подговорили одного актера, чтобы тот симитировал сон, а потом сказал: «А на самом деле я не сплю». После чего Фариа очень переживал.

трическая природа нервного импульса, что привело к страшным последствиям. Вообще, развитие науки, в том числе и того, что связано с психотерапией, очень часто приводило к страхам в обществе. Один из первых страхов появился, когда любителям таких зрелищ начали демонстрировать, что при помощи электричества можно заставлять трупы дергаться, головы гримасничать (это действительно было важно для понимания нервной системы, но как зрелище — кошмар)¹⁸.

¹⁸ Одним из отражений первых страхов в начале XIX века было появление романа молодой англичанки Мери Шелли «Франкенштейн, или Современный Прометей». Виктор Франкенштейн — это имя ученого (потом в фильмах это стало именем чудовища), который пытался найти бессмертие и оживил склеенное из обрывков чудовище.

Страхи и дальше будут сопровождать развитие науки в XIX и XX веке. Скажем, отвлекаясь от истории, всем, наверно, известен персонаж по имени Фантомас. Я познакомился с Фантомасом по комедии, где играли Луи де Фюнес, Жан Марэ и другие. Но «Фантомас» — это серия вполне серьезных романов начала XX века. В чем там была проблема? Дело в том, что герои Жюв и Фандор пытаются обхитрить и поймать Фантомаса человеческими средствами. Но в критический момент выясняется, что у Фантомаса такие технические возможности, что сделать с ним ничего нельзя. Например, все — его поймали, герои врываются в комнату с револьверами: Фантомас взят! А тот нажимает кнопку — оказывается, что стены комнаты магнитные, револьверы разлетаются. Это страх перед наступающей техникой, которая оказывается сильнее.

Продолжая идею оживления и средневековую идею Голема, гениальный писатель Карел Чапек написал пьесу «R. U. R.» («Россумские Универсальные Роботы»), в которой впервые появляется слово «робот» (от слова «работа». Прим. ред.: govota по-чешски означает «каторга», «тяжёлая работа»). Он описывает, скорее, андроидов, которые, сочтя, что они более совершенные, чем люди, уничтожают человечество, кроме одного «толстовца». Это страх нашего искусственного порождения.

Когда появятся гипнотизеры, возникнет страх, что можно загипнотизировать весь мир. И в начале XX века это очень видно в кино. Например, в 20-е годы появится немой фильм, который долгое время будет входить в десятку лучших фильмов мира, — «Кабинет доктора Калигари» Роберта Вине. Он очень интересно снят, в стиле немецкого экспрессионизма, черно-белый, что требует особой изобретательности в области оттенков, декораций. Это фильм о том, как в цирке выступает гипнотизер, у которого есть сомнамбула Чезаре. По ночам этот Чезаре, введенный в состояние сомнамбулизма, похищает женщин. В Германии появится серия фильмов о докторе Мабузе, в которых большеглазый гипнотизер хочет подчинить весь мир (интересно предвидение будущего тоталитаризма).

Когда Фрейд опишет неврозы, появится страх неврозов. Это будет особый страх. Известный же вопрос: был ли Эдипов комплекс у людей, пока Фрейд не сказал, что он есть? Этот вопрос я еще вспомню.

Так психотерапия влияет на культуру, а не только испытывает ее влияние.

Если освещать дальше какие-то важнейшие события на пути истории гипноза, то книгу Брейда через некоторое время прочел французский врач Амбруаз Огюстен Льебо. Льебо работал врачом в селе под городом Нанси, у него была большая клиентура, тысячи людей. Вдохновившись книгой Брейда, он стал предлагать всем приходящим либо лечиться обычно, либо гипнозом. Обычно — за деньги. Гипнозом — бесплатно. Естественно, все шло на гипноз, а он просто погружал их в сомнамбулическое состояние и внушал, что болезни нет. И иногда это бывало удачно. Коллеги не принимали Льебо всерьез, обычно его считали дураком и шарлатаном. Шарлатаном — потому что применяет гипноз, дураком — еще и денег не берет. Он опубликовал книжку, которую никто не читал. Но пройдет некоторое время (а мы с вами оказываемся около 80-х годов XIX столетия) и на его деятельность обратит внимание очень важный для истории психиатрии и психотерапии персонаж, французский врач, ученик Ж.М. Шарко (правда, ушедший от Шарко и не любивший его), Ипполит Бернгейм, который как раз тогда заинтересовался гипнозом.

Бернгейм и Льебо организовали в Нанси клинику, где занимались лечением гипнозом. Хотя формально клинику возглавляли оба, интеллектуальным лидером в этой паре был Бернгейм, Обсуждая природу гипноза, он выдвинул мысль, что гипноз — это особого рода внушение. Это будет называться «Нансийская школа гипноза».

Параллельно и почти одновременно возникнув с этой клиникой, существовала другая школа гипноза, в Париже — в клинике Сальпетриер.

Сальпетриер — клиника с тысячами пациентов, такой город в городе со своими улицами и площадями, о котором даже писали романы, правда, сатирические¹⁹. Она существует до сих пор, хотя занимается уже не гипнозом, или не только гипнозом, потому что гипноз, который воцарился в конце XIX века, потом утратил свое влияние.

Клинику Сальпетриер в то время возглавлял Жан Мартен Шарко. Он был чрезвычайно харизматичной фигурой, но с тяжелым характером, и терпеть не мог инакомыслия. У него было множество поклонников, как, впрочем, и врагов. О нем оставили замечательные воспоминания Фрейд, Бехтерев. Одним из его учеников был Пьер Жане. Были и те, кто говорил, что Шарко, в сущности, злоупотребляет властью над больными и сам формирует те симптомы, от которых излечивает.

¹⁹ Сын писателя Альфонса Доде (автора «Тартарена из Тараскона») был врачом, который прошел обучение у Шарко и вынес из этого очень тяжелые впечатления. Эллиенбергер упоминает, что он потом написал пародию на это лечебное заведение.

Шарко был неврологом. Еще раз повторяю — время нервизма, внимание к нервам, огромное количество неврологических лабораторий, клиник, обмен опытом²⁰.

Что сделал Шарко как невролог для понимания гипноза? Он открыл истерические параличи, и это было очень важно в плане открытия новых пространств в психике. Шарко показал, что есть органические параличи, а есть параличи при полном здоровье нервно-мышечного аппарата. Под гипнозом он мог вызвать и снять паралич, что и демонстрировал. Есть даже одна живописная картина, копию с которой Фрейд, прошедший обучение и у Шарко, и у Бернгейма, хранил у себя дома²¹.

Шарко полагал, что гипноз — это искусственно вызванный невроз. По его наблюдениям, состояния, которые возникали при воздействии гипнотизера, очень похожи на невротические истерические состояния. Как он на это вышел? Еще до того, как стать директором клиники, он был экспертом на сеансе металлотерапии (есть такое направление: прикосновения разными металлами по-разному влияют на человека). Он обратил внимание, что на этих сеансах некоторые люди впадают в гипнотические состояния. Как невролог Шарко считал, что за неврозом стоят причины физиологического порядка, какие-то нарушения в нервной системе, которые, правда, очень трудно найти эмпирически (он, кстати, так и не нашел).

Это были два очень разных подхода. В диалоге относительно того, что же такое гипноз — внушение или невроз, прав был, вероятно, Бернгейм. Но Шарко сделал свое выдающееся открытие.

И у Шарко, и у Бернгейма, еще раз повторю, проходил стажировку Фрейд. Когда мы будем говорить про Фрейда, вспомним, что там произошло и почему это было так важно. Но кроме этого, с именем Шарко связан еще один очень важный человек — это упоминавшийся мною Пьер Жане. Но к нему мы придем немного позже.

Случаи множественных личностей

Еще одной важной вещью в конце XVIII и в XIX веке было открытие множественной личности, как это сейчас называется. Медицина нача-

²⁰ В частности, к Шарко со временем приедет Владимир Михайлович Бехтерев, который как раз у него освоит гипноз. А потом перенесет в Россию идею Шарко о необходимости создания психологических лабораторий в клиниках, организовав такую лабораторию в Казани. Шарко, кстати, создал лабораторию, которую одно время возглавлял Пьер Жане. Но со смертью Шарко новое начальство прикрыло лабораторию, Жане прогнали.

²¹ Андре Бруйе. Шарко демонстрирует случай истерии в клинике «Сальпетриер». 1887 — *Прим. ред.*

ла сталкиваться с тем, чего раньше не встречала — тогда это называлось расщепление или раздвоение личности. В то время это было чрезвычайно популярно. В частности, это раздвоение могло появляться под гипнозом. Тогда же были описаны случаи множественных личностей, переказы некоторых из них можно найти в книге Г. Эллиенбергера и у других. Это действительно любопытно.

Например. Конец XVIII века, Французская революция, дворяне эмигрируют в Германию. Эмигрируют понятно почему — потому что особым украшением на юбках простолюдинок были отрезанные уши дворян. Одна дворянская чета остановилась в гостинице в Германии. Там была девушка, которая, пораженная видом эмигрантов, в какой-то момент вдруг стала чувствовать себя французской дворянкой, начала говорить по-французски, по-немецки в этом состоянии говорила с французским акцентом, потом непонятно как переходила обратно. В гостинице был врач, наблюдавший за ней, который мог движением руки переключать ее из одного состояния в другое.

Вот еще один из известных случаев, который был описан около 1815 года доктором Джоном К. Митчелом. Потом его рассказ продолжил священник Вильям С. Плюмер²².

«Мэри Рейнолдс, дочь священника Вильяма Рейнолдса, родилась в Англии и была еще ребенком, когда ее семья переехала в Соединенные Штаты. Они поселились недалеко от Титусвилля, штат Пенсильвания. Местность, населенная, в основном, индейцами и немногочисленными белыми, все еще оставалась дикой, в округе повсюду свободно бродили дикие животные. Весной 1811 года, в возрасте примерно девятнадцати лет (мы, кстати, с этим возрастом, 19—21 год, будем часто сталкиваться. Другие «столкновения» будут с серединой жизни. Тут какие-то критические моменты — *И.Г.*), Мэри шла через поле с книгой в руке, и позже ее обнаружили лежащей на земле, очевидно, без сознания; вскоре она очнулась, но, по всей видимости, оставалась глухой и слепой в течение пяти или шести недель. Слух вернулся к ней внезапно, а зрение восстанавливалось постепенно. Три месяца спустя ее нашли спящей в глубоком сне, и этот сон продолжался в течение многих часов. Когда она проснулась, оказалось, что она ничего не помнит и при этом не может разговаривать. Ее состояние было таким же, как и у новорожденного младенца.

²² Здесь и далее случаи приводятся по: *Эллиенбергер Г.Ф.* Открытие бессознательного. История и эволюция динамической психиатрии. Часть I: От первобытных времен до психологического анализа / Перевод с английского Д.И. Скородумова, М.М. Скородумовой, И.П. Соколенко. Научная редакция и вступительная статья В.В. Зеленского. 1 СПб.: Академический проект, 2001. — 560 с.

Однако она быстро восстановила свои утраченные знания. Через пять недель однажды утром она проснулась в своем прежнем состоянии и выразила удивление по поводу перемены времени года, не осознавая ничего из того, что происходило с ней в течение последних недель. Спустя еще какое-то время (несколько недель) она опять впала в состояние глубокого сна, проснулась в своем «втором» состоянии и стала вести ту же жизнь, какую вела некоторое время до этого; такие чередования одного состояния с другим продолжались в течение пятнадцати или шестнадцати лет (то есть мы добираемся до тридцати с лишним лет — *И.Г.*), но в конце концов прекратились, когда она достигла возраста тридцати пяти лет. Мэри осталась во «втором» состоянии и пребывала в нем без изменений до самой смерти в 1854 году.

Разница между двумя этими личностями была совершенно поразительной. В своей «первой» личности Мэри была тихой, спокойной и задумчивой, с тенденцией к депрессии, с заторможенным мышлением и отсутствием воображения. Личность «вторая» была беспечной, веселой, экстравагантной, любила компании, забавы и розыгрыши, имела ярко выраженную склонность к стихосложению и рифмовке. У каждой личности был свой почерк. Находясь в одном состоянии, Мэри знала о существовании другого и боялась оказаться в нем, но по разным причинам. Во «втором» состоянии она считала «первую» личность глупой и скучной.

Ее «второе» состояние доставляло семье много хлопот, потому что девушка становилась беспокойной и эксцентричной; она бродила по лесам, не опасаясь волков и диких зверей, и однажды даже попыталась поймать гремучую змею. Мэри также находилась в какой-то странной психологической зависимости от одного из шуринов. Непосредственно перед тем, как заснуть, она обычно рассказывала о событиях дня и иногда весело смеялась над шутками, которые проделывала за день.

Случай Мэри Рэйнолдс обычно приводится в качестве примера полной разделенности между обеими личностями. Однако из доклада преподобного Плюмера становится понятно, что это разделение не всегда было полным. Во «втором» состоянии, до того как она снова научилась читать и узнала что-либо о Священном Писании, Мэри рассказывала о снах, в которых проявлялось знание Библии. Точно также ее сны указывали на воспоминания о своей умершей сестре Элизе, о которой она не имела ни малейшего представления, когда просыпалась».

Вот еще один случай, который меня поразил, когда я впервые о нем узнал. Этот случай изложен очень кратко, хотя, по сути, речь идет о монографии, которая была написана французским врачом Деспеном.

«В июле 1836 года, на прием к Деспену привели одиннадцатилетнюю девочку. Врач в Нёшателе диагностировал у нее тяжелый паралич в результате повреждения спинного мозга. Эстель — так звали девочку — потеряла своего отца во время эпидемии 1832 года и была довольно избалованна. В ноябре 1834 года во время игры ее толкнул сверстник, и она упала на спину. С этого момента Эстель стала жаловаться на боль, которая постепенно увеличивалась и в конечном счете стала невыносимой. Все другие способы лечения оказались безрезультатными, и ее отправили в Экс. Пять дней она путешествовала в экипаже, лежа на спине в просторной плоской ивовой корзине, обитой стеганым пуховым одеялом, с ровной поверхностью на дне. Окна экипажа, занавешенные шторами, были плотно закрыты. Эстель требовала, чтобы ее выносили на каждой остановке, и вокруг тотчас же собиралась огромная толпа, чтобы поглазеть, как бедняжку несут в местную гостиницу. Никто, кроме матери и тети, не мог дотрагиваться до нее, не вызывая пронзительного болезненного крика. Девочка целиком погрузилась в грезы, фантастические видения и галлюцинации и постоянно забывала о том, что происходит вокруг.

Шестидесятилетний доктор испытывал сильную привязанность к своей маленькой пациентке. Повсюду в книге он восхищается ее умственными способностями и смелостью, с которой она переносила все тяжелые испытания. Со всей осторожностью Деспен начал курс гипнотерапии (термина тогда еще нет, поэтому по сути речь идет о каких-то элементах животного магнетизма — *И.Г.*) и электрического лечения (тогда это было популярно — *И.Г.*), после чего последовало медленное улучшение. В декабре ее мать рассказала Деспену, что каждый вечер хор ангелов утешает и успокаивает Эстель. Для доктора это послужило озарением, и внезапно он осознал, что случай Эстель является примером «экстаза» — состояния, которое может быть вылечено с помощью животного магнетизма. (я уже говорил, что не все врачи игнорировали магнетизм, но их было не очень много — *И.Г.*) Сначала Эстель упорно сопротивлялась тому, чтобы ее магнетизировали, но, уступив настойчивым просьбам матери, она в конце концов согласилась, оговорив собственные условия. Они состояли в том, что она будет подвергаться магнетизму, только когда этого захочет сама и только в той степени, в какой пожелает, и что все сказанное ею в сомнамбулическом состоянии будет повторено ей слово в слово. Магнетическое лечение началось в конце декабря 1836-го года. Ее мать вела дневник, многочисленные выдержки из которого содержатся в книге Деспена. Магнетический сон вызывался легко и всегда сопровождался амнезией. Во время сеанса Эстель сама назначала собственное лечение и диету. Вскоре после начала лечения

в ее магнетическом сне появился один из ангелов, которого она называла Ангелиной. Девочка вела с ним оживленную беседу (из которой, конечно, была записана только часть Эстель). С этого момента лечение предписывалось Ангелиной. Диета запрещала принимать всю ту пищу, которая не нравится Эстель, и предписывала давать все то, что нравится, даже снег. Никто не должен был перечить. Ангел сказал: «Позвольте ей действовать согласно ее прихотям, иначе улучшения не будет».

Начиная с января 1837 года, Эстель стала вести двойную жизнь. В своем обычном состоянии она все еще оставалась парализованной, малейшее движение причиняло невыносимые страдания. Ее были вынуждены обкладывать подушками, укрывать шерстяными одеялами и одеялами из гагачьего пуха. Эстель любила свою мать, и требовала, чтобы та постоянно находилась рядом с ней. Девочка обращалась к доктору Деспену уважительно, на «вы». В состоянии же магнетического сна она становилась способной двигаться, начинала гулять, испытывала страстную тягу к снегу и не выносила присутствия матери. С Деспеном обращалась фамильярно, на «ты». Ее способность передвигаться зависела от наличия на теле золота, присутствие же некоторых других веществ, напротив, оказывало негативное воздействие.

В конце января того же года Эстель стала спонтанно впадать в состояние магнетического сна, каждые двенадцать часов сменявшееся так называемым обычным состоянием. В последнем она все еще по-прежнему не могла сделать ни одного шага. В состоянии магнетического сна Эстель обычно гуляла, бегала, без усталости путешествовала в экипаже, любила играть со снегом и есть его. Однако она не переносила некоторых вещей, например кошек, взгляд на которых приводил девочку к каталепсии, из которой пациентку можно было вывести с помощью растирания золотом. Деспена поражало различие между двумя диетами Эстель. Обычно она могла есть очень ограниченную пищу. Магнетический сон приводил к тому, что девочка обычно ела все и в больших количествах. Казалось, у Эстель есть два желудка, один для критического («сонного») состояния, другой — для обычного («бодрствующего»).

В начале марта Деспен был вызван из Экса на несколько дней. Как и предсказывала Эстель, во время его отсутствия она стала страдать галлюцинациями и разного рода недомоганиями. Домочадцам оставалось молча сносить все ее капризы. В конце марта девочка предсказала следующее видение ею большого шара, который лопнет, в результате чего наступит значительное улучшение. Предсказание сбылось 14 апреля, когда в первый раз пациентка смогла сделать несколько шагов уже в обычном состоянии бодрствования. Магнетическое состояние также демонстрировало определенные успехи. Эстель начала плавать и пред-

приняла ряд экскурсий в горы, хотя определенная идиосинкразия и сохранилась.

Постепенное слияние обычного и магнетического состояний стало медленно происходить в июле. 13 июля лечение Деспена завершилось, и пациентка со своей матерью неспешно отправились обратно в Нёшатель. Новость о ее излечении уже достигла города, и местная газета опубликовала историю Эстель, называя ее *la petite ressuscite* («воскресшая малышка»). Идиосинкразия постепенно утратилась до такой степени, что девочка могла видеть даже кошек и при этом не впадать в каталепсию».

Деспен был обычным терапевтом, он не специализировался в каких-то областях и подходах. Что здесь важно? Возникает вопрос, какое состояние девочки патологическое? На самом деле, обычное состояние было патологическим — то, в котором она не могла двигаться. А здоровым было второе состояние. Как вы поняли, здесь важна некая зависимость девочки от врача. Потом мы с вами будем еще и еще встречаться с подобными зависимостями.

Вот другой пример — история пациентки врача Макса Биршера по имени Икара.

«Икара, домохозяйка из Цюриха, лишилась матери в тринадцать лет. Ее детство и юность были несчастливыми. Она выросла очень прилежной, практичной и серьезной девушкой, но вела скрытую жизнь, наполненную фантазиями и скрываемую от своих знакомых. Когда Икаре было пятнадцать лет, ее поразило внезапное осознание того, что ей ведомы все подробности рождения детей, будто пережитые ею самой на самом деле. В двадцать пять лет девушку стали посещать очень яркие воспоминания о событиях, происходивших с человеком, с которым она отождествляла себя в прошлой жизни. Она провела два года в медицинском санатории у Биршера, и последний упоминает примерно о десяти таких проявлениях воспоминаний из предыдущей жизни. Эти воспоминания имели личный характер и выглядели вполне отчетливыми, хотя и относились к совершенно иному миру. В предшествующей жизни Икара была крепкой женщиной из первобытного племени. Она обитала на краю леса среди дикарей, одетых в звериные шкуры. Однажды она рассказала о том, как украли курицу, жадно ела ее сырое мясо и чувствовала вкус крови на своих губах; потом за ней погнались рассерженные мужчины, угрожающе размахивая большими палками. Икара пыталась найти убежище в ближайшей пещере — и видение внезапно пропало. Доктор Биршер считал, что это действительно были воспоминания о прежней жизни, которую эта женщина прожила в доисторической эре.

Жаль, что он не предпринял более подробного исследования другой жизни своей пациентки».

То есть получаем еще одно объяснение. Действительно, в XIX веке стали развиваться идеи о том, что в человеке живет наследственная память и он может проживать свои прежние жизни. Например, такую идею высказывал философ Герберт Спенсер²³. Помимо того, что он стал одним из основателей социологии, Спенсер, независимо от Дарвина, создал свою теорию эволюции. У него была идея о том, что наша психика носит адаптивный характер и позволяет приспособиться к существующим в мире отношениям, и что индивидуальный опыт становится родовым: то, что роду дано апостериори, то индивиду дано априори, просто мы этого не знаем²⁴.

Вот еще любопытный случай, описанный Уильямом Джеймсом, с которым мы еще встретимся (то есть мы сейчас во второй половине XIX века, ближе к его концу). Джеймс — это титаническая фигура в психологии, очень важная и для психотерапии. Хотя в строгом смысле психотерапией он не занимался, но исследовал некоторые случаи.

«Ансель Бурн родился в 1826 году. Его родители развелись, и детство его было безрадостным. Когда он вырос, то стал плотником и работал в маленьких городках Род-Айленда. Бурн, будучи убежденным атеистом, публично заявил 28 октября 1857 года, что скорее станет глухим и немым, чем пойдет в церковь. Через несколько мгновений он оглох, онемел и ослеп. 11 ноября он пошел в церковь, показывая лист бумаги, на котором было написано о его обращении. В следующее воскресенье, 15 ноября, Бурн поднялся в церкви среди нескольких сотен молящихся и заявил, что Бог излечил его от болезни. Это якобы чудесное исцеление сделало его необычайно популярным, и с этих пор Бурн совмещал работу плотника с деятельностью странствующего проповедника. Через год у него умерла жена, и он женился вторично, но второй брак не был счастливым.

Однажды, через тридцать (тридцать! — *И.Г.*) лет после обращения, Ансель Бурн исчез из своего дома в Ковентри, Род-Айленд. Он отправился в Провиденс, снял в банке 551 доллар (по тем временам, кстати, довольно большие деньги — *И.Г.*), нанес визит любимому племяннику, и после этого его след был потерян.

²³ Он был по сути самоучкой, не был грамотен, мало читал, и все время повторял слова Гоббса, которые я произнесу не как рекомендацию: «Если я буду читать так же много, как другие, я буду знать так же мало, как они».

²⁴ У Джека Лондона есть ряд произведений на эту тему — замечательная вещь «Смирительная рубашка» (или «Межзвездный скиталец»), или «До Адама» и др.

Две недели спустя некий Альберт Браун прибыл в Норристоун, штат Пенсильвания. Он взял в аренду маленький магазин, купил некоторые товары и начал скромный бизнес по продаже канцелярских принадлежностей, кондитерских изделий и всякой мелочи. Мужчина вел по большей части незаметную и уединенную жизнь. Ранним утром 14 марта он проснулся совершенно сбитый с толку. Альберт Браун вернулся в свою прежнюю личность Анселя Бурна и не мог понять, что он делает в этом странном месте. Он позвал соседей, которые подумали, что Браун помешался. В конце концов приехал его племянник, продал магазин и забрал дядю обратно в Ковентри. Никаких воспоминаний обо всем, что он делал в течение двух месяцев, которые он провел под именем Альберта Брауна, у Анселя Бурна не осталось.

В 1890 году Ансель Бурн был загипнотизирован Уильямом Джеймсом и в состоянии транса вернулся к личности Альберта Брауна. Браун ничего не знал о Бурне, но дал связный отчет о том, что он делал в течение двух месяцев своего существования. В тех случаях, когда его заявления можно было проверить, они оказывались истинными. Что касается причин возникновения фуги, он был, очевидно, неудовлетворен своей жизнью и страдал от постоянного ворчания второй жены. Бурн пропал только после получения большой суммы денег. Его новая личность (Альберт Браун из Ньютона, штат Нью-Хемпшир) была слабой маской его истинной личности (Анселя Бурна из Нью-Йорка штат Нью-Йорк). Странно, что во втором состоянии Альберт Браун не заметил ничего необычного в бумагах, чековой книжке и других документах, которые он носил с собой все это время, и где стояло имя Анселя Бурна. Было бы интересно узнать обстоятельства, которые предшествовали его возвращению к первой личности, и то, как много денег он уже потратил к этому моменту (но это уже неизвестно — *И.Г.*)».

С вашего разрешения, еще два случая...

«В 1933 году С. Франц (известный психиатр — *И.Г.*) опубликовал более поздний и очень тщательно задокументированный случай взаимной амнезии личностей (т.е. здесь, как в случае с Брауном и Бурном, личности друг о друге не помнят — *И.Г.*).

В декабре 1919 года полиция Лос-Анджелеса поймала мужчину, который бродил по улицам в полубессознательном состоянии. Мужчина, у которого при себе были английские и французские военные медали, сказал, что ничего не помнит о своей жизни до 1915 года и что очень обеспокоен тем, что не знает, кем он является. Одна пожилая леди из Калифорнии убеждала его в том, что узнала в нем потерянного сына, но он не может вспомнить в этой женщине свою мать. Франц попытался

пролить свет на этот случай, как через официальное расследование, так и проводя многочисленные беседы с пациентом.

Документы пациента были выписаны на имя Чарльза Палтинга из Флориды, но он не был похож на коренного американца. У него был ирландский акцент. Он думал, что, возможно, является канадцем, и имел необъяснимое влечение к штату Мичиган. Пациент много путешествовал не только по Соединенным Штатам, но и за границей. Его воспоминания начались в феврале 1915 года, хотя имелось несколько серьезных провалов и после этой даты. Он принимал участие в Первой Мировой Войне, то, что он помнил, и сражался на территории Франции, Бельгии и Британской Восточной Африки. Пациент весьма эмоционально рассказывал Францу о своих военных приключениях в африканских джунглях и о том, как после побега из немецкого плена вместе с другими солдатами он видел, как одного его товарища растерзали леопарды.

Таким образом, пока Палтинг пытался справиться со своими воспоминаниями (приходя к врачу — *И.Г.*), полиция снова обнаружила его на улицах в марте 1930 года полностью утратившим все жизненные ориентиры. У Франца он заявил, что его имя Чарльз Пултни. Он указал дату и место своего рождения, свой адрес в Дублине (он действительно был из Ирландии — *И.Г.*), а также имена своих родителей, братьев, сестер, жены и двоих детей. Полагали, что он находился в Дублине в сентябре 1914 года. Пултни приехал в Соединенные Штаты в 1915 году и жил в штате Мичиган. Он не мог вспомнить ничего из того, что произошло после сентября 1914 года. «Это был человек, проживший сорок два года, из которых только о двадцати семи у него сохранились какие-то воспоминания и переживания».

Франц пытался заставить Пултни восстановить воспоминания о второй половине жизни при помощи карт тех стран, где, как было известно, он временно останавливался. Изучая карту Британской Восточной Африки, Пултни неожиданно сильно возбудился, обнаружив на ней маленький город: там, сказал он, у него было ручная обезьянка, которую схватил и растерзал леопард. (С точки зрения динамической психиатрии, эта эмоция была очевидно заменой более тяжелого воспоминания о товарище, растерзанном леопардами в той же самой местности.) Эта эмоциональная абреакция (то есть отреагирование — *И.Г.*), сопровождалась потоком воспоминаний, которые теперь лились без остановки. «За несколько минут этот человек прожил пятнадцать лет. Он встретился и познакомился с самим собой».

Таким образом, история жизни этого пациента как бы разделилась на три неравные временные части, которые Франц назвал личностями «А», «В» и «С». Личность «А» (Палтинг) существовала с рождения паци-

ента до сентября 1914 года. Личность «В» охватывала период с сентября 1914 года до февраля 1915 года. Этот фрагмент личности был стерт, вероятно, в результате психической травмы, полученной во время сражений в северной Франции. Личность «С» появилась в феврале 1915 года и существовала до того момента, когда Франц начал в 1930 году лечение пациента. В начале лечения пациент знал только личность «С», личности «А» и «В» выпали из его сознания. Францу удалось собрать вместе «А» и «С». Что касается «В», то она так и осталась недостающим звеном (кроме этих фрагментов — *И.Г.*).

Это, конечно, уже терапевтический случай — речь идет о воссоединении целостности.

И еще один случай, который описал врач по фамилии Азам и который комментировал Шарко. Случай Фелиды.

«Фелида родилась в 1843 году и была дочерью капитана торгового флота. Он умер, когда она была еще совсем маленькой, и ее детство было нелегким. Будучи ребенком, Фелида была вынуждена зарабатывать себе на жизнь, работая белошвейкой. Начиная с тринадцати лет у нее стали развиваться сильные истерические симптомы. Она была угрюмой, неразговорчивой девушкой и упорной работницей, но постоянно жаловалась на головные боли, невралгию и другие болезненные проявления. Почти каждый день у нее случался «кризис»: внезапно Фелида чувствовала острую боль в висках, после чего впадала в летаргическое состояние, длившееся несколько минут. После пробуждения девушка становилась совершенно другой личностью: веселой, оживленной, иногда в приподнятом настроении и полностью свободной от всех недомоганий. Это состояние обычно длилось несколько часов и заканчивалось коротким летаргическим сном, после которого она возвращалась в обычную жизнь. Азам установил, что в нормальном состоянии Фелида обладает средними способностями, но что она становится более одаренной во втором состоянии (это вопрос, который мы еще обсудим — *И.Г.*). В последнем она очень хорошо помнит не только предыдущие состояния, но и всю свою жизнь. Нормальная личность ничего не знает о второй, за исключением рассказываемого о ней другими. Гораздо реже у Фелиды проявлялась иная форма кризиса, которую Азам называл третьим состоянием: приступы сильного страха с мучительными галлюцинациями.

Однажды Фелида консультировалась у Азама по поводу тошноты и увеличившегося живота. Азам определил беременность, но Фелида не согласилась это признать, заявив, что такое просто невозможно. Позже, переместившись во вторую личность и улыбаясь, она заявила, что знает

о беременности, но не беспокоится по этому поводу. Фелида вышла замуж за своего приятеля, у них родился ребенок, и ей явно стало лучше. Она не наблюдалась у Азама в течение долгого времени. Но со второй беременностью все предыдущие симптомы вернулись.

Среди симптомов Фелиды Азам описывал необычные расстройства вегетативных нервных функций, становившиеся все сильнее в последующие годы жизни. Она страдала от легочных и желудочных кровотечений без каких-либо признаков заболевания в этих органах. Когда она спала, из ее рта частенько медленно и безостановочно текла кровь. У нее неожиданно могла распухнуть любая часть тела, например, половина лица.

Азам установил, что у теперешней тридцатидвухлетней Фелиды, управлявшей бакалейным магазином, в основном проявляются те же самые симптомы. Но теперь первая и вторая личности поменялись друг с другом местами, то есть, периоды второй личности значительно удлинились по сравнению с первой, нормальной. Последней становилось все хуже и хуже. Во втором состоянии Фелида чувствовала себя хорошо, она становилась свободней, больше заботилась о внешнем виде, была более чувствительной и более привязана к семье. Она помнила всю жизнь. Во время коротких периодов первой личности она лишалась большей части воспоминаний (поскольку она ничего не помнила о второй личности), много работала, но выглядела хмурой, и ее раздражал муж. В любом отношении это так называемое нормальное состояние оказывалось менее желательным, чем второе, или ненормальное, состояние. Все одиннадцать детей родились в нормальном, то есть в плохом состоянии. В обоих проявлениях она считала свое нынешнее состояние нормальным, а другое — ненормальным.

В последующие годы, вплоть до 1887 года, Азам продолжал наблюдать за Фелидой и написал несколько дополнительных работ о ней. Второе состояние становилось все более и более доминирующим, хотя оно никогда не оставалось единственным. Все то время, пока Азам наблюдал за ней, у Фелиды случались короткие возвраты в первое «нормальное» состояние. Расстройства вегетативной нервной системы постепенно увеличились до такой степени, что у нее начались частые кровотечения из всех слизистых тканей тела, без каких-либо признаков серьезных заболеваний».

Вот некоторые примеры.

Множественные личности — это, конечно, то, что тоже порождало страхи: что это такое? в одном человеке несколько? кто же там живет? Поразительным образом, и мы это увидели второй, как бы патологиче-

ский, который скрывался, мог быть личностно интереснее, чем первый. Первый — скучный, серенький, неталантливый, а второй — блистательный остроумец, склонный к поэзии, авантюрист. Возникает вопрос, кто здоровее? Там ведь еще очень сложные отношения между этими множественными личностями. Они могут знать друг о друге, могут не знать, одна может знать о другой, а другая про первую нет, и т.д.

Тема множественных личностей существует и до сих пор²⁵. Есть терапевты, которые не верят в это, говорят, что это либо провокация, либо

²⁵ Если вам интересна эта тема, могу порекомендовать некоторые книги и фильмы. Художественных фильмов по этому поводу множество. «Бойцовский клуб», например, или «Лабиринты». Есть вещи полудокументальные или документальные. Один из случаев множественных личностей в XX веке был описан журналисткой Ф.Р. Шрайбер (кстати, по этой книге тоже был сделан фильм). Книга называется «Сивилла». Она о женщине, у которой было порядка 20 субличностей. Это записи бесед с ней. Случай Сивиллы довольно часто вспоминают в художественных фильмах, в частности, в фильме «Лабиринты».

Еще одна книга написана очень интересным американским писателем Дэниэлом Кизом (вы, вероятно, читали его блистательный роман «Цветы для Элджернона»). Она называется «Множественные умы Билли Миллигана». Это не художественная книга, это документальный рассказ о человеке, которого звали Билли Миллиган. Он реальный персонаж, серийный преступник. Это был первый в американском судебном производстве случай, когда человека помиловали, признав у него расстройство множественной личности. Оно, кстати, записано в классификацию болезней — так и называется «расстройство множественной личности». У Билли Миллигана было порядка 30 — причем это были разные возрасты, разный пол, разные национальности. До сих пор неизвестно, был ли это гениальный актер, или там действительно было заболевание. Книга — это записи бесед с ним, попыток бихевиорального типа хоть что-то с ним сделать.

«Странная история доктора Джекила и мистера Хайда», которую мы еще вспомним в связи с Юнгом, написана Р. Стивенсоном по мотивам собственной двойственности. Потому что у Стивенсона бывали моменты, когда он вел себя удивительно не похожим для себя образом. Мистер Хайд — это юнгианская Тень доктора Джекила.

Иногда по этому поводу я обсуждаю сказку про Мальша и Карлсона. Мальш очень нормативен, его жизнь определена для него. Он даже в ужасе думает, что должен будет жениться на вдове своего старшего брата. И — Карлсон, который может все. Не случайно не известно сколько Карлсону лет. Это такой непонятый образец ребенка-взрослого. В первой части книги Карлсон появляется только тогда, когда, кроме Мальша, больше никого нет. Когда появится щенок, Карлсон исчезнет на время. На самом деле это раздвоение личности Мальша. Все, что делается — катание на лодке, биение банок — это все делает Мальш. Но когда появляются родители, он говорит, что это Карлсон. С моей точки зрения, это такое предупреждение родителям о возможной шизофрении ребенка.

фальсификация. Но есть и те, кто считают, что это серьезно, например, есть книга Ф.В. Патнема по этому поводу²⁶.

Все это подводит нас к очень важному моменту, который не только Элленбергер, но и многие другие, скажем, Лоренцер²⁷ называют «открытие бессознательного».

THE HISTORY OF PSYCHOTHERAPY. LECTURE 2. HISTORICAL BACKGROUND OF PSYCHOTHERAPY (PART I)

I.B. GRINSHPUN

²⁶ Ф.В. Патнем «Диагностика и лечение расстройства множественной личности» — *Прим. ред.*

²⁷ Кстати, книгу Лоренцера стоит прочесть. Это немецкий психотерапевт, психоаналитик, философ и историк. У нас выходила его небольшая книга, которая называется «Археология психоанализа», где он более подробно делал почти то же самое, что делал и я, рассказывая о развитии динамического подхода, начиная с древности, хотя он не забирался так глубоко. У него вы найдете и более подробное обсуждение того, как понималась патология в разные времена, там очень много ссылок на Мишеля Фуко («История безумия в классическую эпоху»).

НАШИ АВТОРЫ

Баулина Мария Евгеньевна — кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической и специальной психологии Института психологии, социологии и социальных отношений ГБОУ ВО МГПУ, Москва, Россия.
E-mail: psiho-sovet@yandex.ru

Буслаева Анна Сергеевна — научный сотрудник ФГБНУ Научный центр здоровья детей, Москва, Россия.
E-mail: perepisska@yandex.ru

Быкова Валентина Игоревна — медицинский психолог высшей категории отделения психолого-педагогической помощи, отдел Реабилитации Научно-Исследовательского Института неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения (НИИ НДХ и Т), Москва, Россия.
E-mail: v_i_bykova@mail.ru, valentina.bykova@yandex.ru

Гребенюк Елена Григорьевна — аспирантка факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия.
E-mail: elena.grebenyuk@gmail.com

Гриншпун Игорь Борисович — кандидат психологических наук, профессор кафедры индивидуальной и групповой психотерапии факультета консультативной и клинической психологии МГППУ.

Ермолаева Марина Валерьевна — доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой возрастной психологии ОАНО ВО «Московский психолого-социальный университет, Москва, Россия.
E-mail: mar-erm@mail.ru

Журина Мария Анатольевна — младший научный сотрудник Центра мониторинга рисков и социально-психологической помощи ГБОУ ВПО МО АСОУ; координатор проекта «Линия помощи «Дети Онлайн»» Фонда Развития Интернет, Москва, Россия.
E-mail: zhurina@fid.su

Залесская Анна Михайловна — руководитель детских и подростковых программ центра современных психологических технологий «Искусство Жить», Нижний Новгород, Россия.
E-mail: zalannet@yandex.ru

Кевац Маргарита Александровна — студентка факультета клинической и специальной психологии МГППУ.

E-mail: margo@kevac.org

Лубовский Дмитрий Владимирович — кандидат психологических наук, доцент, заведующий кафедрой «Школьная психология» факультета психологии образования ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-социальный университет», Москва, Россия.

E-mail: lubovsky@yandex.ru

Лукьянов Валерий Иванович — старший научный сотрудник лаборатории новых медицинских технологий Научно-Исследовательского Института неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения (НИИ НДХ и Т), Москва, Россия.

E-mail: lukianovvaleriy@gmail.com

Никитина Дарья Алексеевна — студентка первого курса магистратуры факультета психологии, Государственный академический университет гуманитарных наук, Москва, Россия.

E-mail: d.a.nikitina@yandex.ru

Николаевская Ирина Андреевна — выпускница факультета консультативной и клинической психологии МГППУ, педагог-психолог ГБОУ СОШ № 1021, Москва, Россия.

E-mail: have_a_nife@mail.ru

Солдатова Галина Уртанбековна — доктор психологических наук, член-корреспондент Российской академии образования, профессор кафедры психологии личности, заместитель заведующего кафедры психологии личности факультета психологии ФГБОУ ВО МГУ имени М.В. Ломоносова, директор Фонда Развития Интернет, Москва, Россия.

E-mail: soldatova.galina@gmail.com

Фуфаева Екатерина Валерьевна — заведующая отделением психолого-педагогической помощи, отдел Реабилитации Научно-Исследовательского Института неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения (НИИ НДХ и Т), Москва, Россия.

E-mail: k.fufaeva@gmail.com

Чистяков Максим Сергеевич — врач-психотерапевт, ГБУЗ «Городской психоневрологический диспансер № 7 (со стационаром), г. Санкт-Петербург, Россия.

E-mail: m_chistyakov@inbox.ru

Шляпников Владимир Николаевич — кандидат психологических наук, старший научный сотрудник Центра дополнительного профессионального образования ФГБНУ «ИСРО РАО»; старший научный сотрудник Центра стратегии развития образования и организационно-методической поддержки программ ФГАУ «ФИРО»; директор по социальным проектам Фонда Развития Интернет, Москва, Россия.

E-mail: shlyapnikov.vladimir@gmail.com

Шумская Надежда Александровна — кандидат психологических наук, доцент факультета коррекционной педагогики Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург, Россия.

E-mail: nadia86@rambler.ru

Тарабрина Надежда Владимировна — доктор психологических наук, профессор, главный научный сотрудник, Институт психологии РАН, Москва, Россия.

E-mail: nvtarab@gmail.com

Харламенкова Наталья Евгеньевна — доктор психологических наук, профессор, заведующая лабораторией посттравматического стресса Института психологии РАН, Москва, Россия.

E-mail: nataly.kharlamenkova@gmail.com

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 имени 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 имени 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, профессор, 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 виде фамилии автора и года в **КВАДРАТНЫХ СКОБКАХ**. Например, [Иванов, 2012].

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.

Пристаетейные 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.mgppru.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.