

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

№ 2 (86) 2015 апрель-июнь

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. Гарянян (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 И.И. Шишкина «Дубовая роща»

© МГППУ. Факультет консультативной и клинической психологии, 2015

Формат 60×84/16. Гарнитура Newton C. Усл. печ. л. 12,3. Тираж 1000 экз.

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

ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ

- 9 *Поддубная Т.В.*
Проблематика эмпатии в исследованиях психологических аспектов профессиональной медицинской деятельности (обзор)

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- 37 *Зарецкий В.К., Черникова Т.М.*
Решение творческих задач детьми младшего подросткового возраста как модель преодоления проблемной ситуации
- 57 *Стрельцов В.В., Золотова Н.В., Баранова Г.В., Ахтямова А.А.*
Психологическая реабилитация больных туберкулезом легких на различных этапах терапии
- 78 *Корнеева Е.Л.*
Смысл волонтерской деятельности по оказанию помощи пожилым людям

МАСТЕРСКАЯ И МЕТОДЫ

- 93 *Мелёхин А.И., Веселкова Ю.В.*
Стратегии когнитивно-поведенческой психотерапии в реабилитации полинаркомании
- 116 *Готлиб М.И., Холмогорова А.Б.*
Развитие коммуникации у больных с тяжелыми формами психической патологии методом обучения танцевальному движению (на основе аргентинского танго)
- 131 *Кисельникова Н.В., Данина М.М.*
Стратегическая психотерапия заикания: структура проблемы, направления и техники работы с клиентами

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

- 142 *Зарецкий В.К., Зарецкий Ю.В.*
Опыт оказания психолого-педагогической помощи средствами рефлексивно-деятельностного подхода: случай Дениса Г.

ЭССЕ

- 157 *Дорожкин В.Р.*
Эмоциональные дискурсы в психотерапии

ЛЕКТОРИЙ

- 172 *Зарецкий В.К., Семенов В.В.*
Предисловие к публикации лекции
И.Б. Гриншпуна «Введение в историю психотерапии»
- 175 *И.Б. Гриншпун*
История психотерапии. Лекция 1.
Введение в историю психотерапии
- 208 Наши авторы

-
- 6 *Kholmogorova A.B.*
From the Editor
- THEORY AND METHODOLOGY**
- 9 *Poddubnaya T.V.*
Empathy problematic in psychological aspects of professional medical care (review)
- EMPIRICAL STUDIES**
- 37 *Zaretskii V.K., Chernikova T.M.*
Solving creative tasks by the teenagers as a model of overcoming problem situation
- 57 *Streltsov V.V., Zolotova N.V., Baranova G.V., Akhtyamova A.A.*
Psychological rehabilitation of patients with pulmonary tuberculosis at different stages of therapy
- 78 *Korneeva E.L.*
Felt senses of volunteers who help elderly people in institutions
- WORKSHOP AND METHODS**
- 93 *Melehin A.I., Veselkova Yu.V.*
Strategies of cognitive-behavioural therapy in the rehabilitation of polydrug
- 116 *Gotlib M.I., Kholmogorova A.B.*
The development of communication in patients with the severe forms of mental pathology by the dancing movement teaching method (based on the argentine tango)
- 131 *Kiselnikova N.V., Danina M.M.*
Strategic psychotherapy of stuttering: a structure of a problem, directions and techniques of treat
- CASE STUDY**
- 142 *Zaretskii V.K., Zaretskii Y.V.*
Practice of psychologo-pedagogical help by the resources of reflective-activity approach: case of Denis G.
- ESSAY**
- 157 *Dorozhkin V.R.*
Emotional discourse in psychotherapy
- LECTURE HALL**
- 172 *Zaretskij V.K., Semenov V.V.*
Foreword to the publication of the lecture I.B. Grinshpun "Introduction to the history of psychotherapy"
- 175 *Grinshpun I.B.*
The history of psychotherapy. Lecture 1.
Introduction to the history of psychotherapy
- 208 Our authors

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Вопреки обычному для традиционного предисловия описанию содержания номера с его начала, на этот раз мне хочется выбрать обратную последовательность и начать с последней, новой для нашего журнала рубрики, которой мы дали название «Лекторий». Эта рубрика создана в связи с новым, важным для нашей редколлегии проектом. Мы начинаем публиковать цикл лекций по истории психотерапии, прочитанный на факультете консультативной и клинической психологии МГППУ Игорем Борисовичем Гриншпуном, безвременный уход которого в 2013 году заставил всех — его коллег, учеников и друзей — острее осознать масштаб личности Игоря Борисовича.

Я не буду подробно останавливаться на том, как возникла идея публикации его лекций, которые сохранились у многих слушателей в виде аудиозаписей, и на том, как он реализовывался, — об этом речь в предисловии к тексту первой лекции из представляемого курса, посвященной истокам психотерапии. Это предисловие написали главные инициаторы проекта, близкие друзья и коллеги И.Б. Гриншпуна — В.К. Зарецкий и В.В. Семенов. Я уверена, что читателей журнала ожидает большое интеллектуальное удовольствие от следования живой мысли Игоря Борисовича, и от имени редколлегии журнала хочу выразить глубокую признательность всем, кто приложил усилия для реализации этого проекта.

Для меня открытием была идея Игоря Борисовича относительно критерия, который позволяет развести психотерапию и психологическое консультирование. Такой убедительный содержательный критерий без особого успеха пытаются сформулировать в фундаментальных монографиях отечественные и зарубежные авторы, а тут он просто общается студентам между делом. Но не буду лишать читателя возможности самому прочитать эти строки в контексте всей лекции и отнестись к высказанной Игорем Борисовичем идее, а только сообщу о том, что расшифровка второй лекции готовится для публикации в третьем номере этого года, и что мы намерены напечатать весь цикл лекций полностью. Это представляется нам особенно важным в виду отсутствия учебника по этому курсу и очень высоких требований, которые он предъявляет к эрудиции лектора в самых разных областях знания — психологии, философии, антропологии и, разумеется, в самой психотерапии, представленной столь многочисленными и разными направлениями.

Приятно отметить, что в этом номере наполнены такие живые и неформальные рубрики нашего журнала, как «Эссе» и «Анализ случая». В них авторы могут поделиться своими размышлениями и опытом в области консультирования и психотерапии, привести живые примеры из своей практики и помочь нам ощутить тонкую феноменологию душевной жизни, которая не заменима никакими строгими научными исследованиями. Эссе «Эмоциональные дискурсы в психотерапии» В.Р. Дорожкина несомненно обогатит практиков новым интересным различием и заставит посмотреть на межличностные трудности и конфликты, а также компетенции психотерапевта под новым углом зрения. Несомненно, вдохновит на профессиональные дерзания тех, кто пытается помочь детям, испытывающим трудности в обучении, случай, описанный В.К. Зарецким и Ю.В. Зарецким.

Три статьи содержит рубрика «Мастерская и методы». Так получилось, что все три посвящены очень трудным для практиков-психотерапевтов проблемам — наркозависимость, нарушения коммуникации при инвалидирующих психических заболеваниях, заикание. Не все из предлагаемых методов прошли пока серьезную проверку на эффективность, тем не менее, они обогатят читателей идеями и техниками, которые могут быть полезны в повседневной практической работе.

Темы эмпирических исследований, предлагаемых вниманию читателей в соответствующей рубрике весьма разнообразны: специфика решения творческих задач детьми, роль психологической реабилитации в лечении больных туберкулезом и мотивация волонтерской деятельности, направленной на помощь пожилым людям. В статье В.К. Зарецкого и Т.М. Черниковой приведены эмпирические данные о различиях в организации процесса мышления у школьников с разной академической успеваемостью при решении творческой задачи, которая рассматривается как модель проблемной ситуации. Анализ полученных результатов позволяет сформулировать целый ряд важных мишеней в оказании помощи детям с трудностями в обучении. В.В. Стрельцов с соавторами уже не в первый раз публикуются в нашем журнале и убедительно доказывают необходимость психологической помощи в преодолении рецидивов такого тяжелого инфекционного заболевания как туберкулез. Концепция организации такой помощи на протяжении многих лет развивается этим авторским коллективом на базе их богатой и уникальной практики работы во фтизиатрической клинике. Мы рады, что можем представить нашим читателям очередной шаг в создании этой концепции. Особым гуманистическим пафосом проникнуто исследование Е.Л. Корнеевой, убедительно показавшее, как помощь одиноким пожилым людям и регулярные встречи с ними могут приносить чувство

радости и полноты жизни самим волонтерам, которые начинают ждать этих встреч не меньше, чем их подопечные.

Закончить предисловие в соответствии с выбранной логикой обратного движения по содержанию номера приходится презентацией статьи Т.В. Поддубной, вошедшей в традиционную рубрику «Теория и методология» и посвященной одной из вечных и не теряющих свою актуальность тем — способности к сопереживанию больному человеку со стороны профессионалов, работающих в медицине. Автор представляет читателю широкое поле современных исследований в этой области.

В заключение я должна проинформировать наших читателей, что обещанный в предисловии к первому номеру журнала спецвыпуск «Современное детство» находится в процессе «сборки» и мы будем рады новым материалам для него в любом формате — научная статья, эссе, анализ случая, описание метода или аналитический обзор.

А.Б. Холмогорова

ПРОБЛЕМАТИКА ЭМПАТИИ В ИССЛЕДОВАНИЯХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ОБЗОР)¹

Т.В. ПОДДУБНАЯ

В статье представлены основные направления исследований эмпатии в медицинской деятельности. Приводятся данные диагностики уровня эмпатийности медицинских работников, обсуждается вопрос рассмотрения эмпатии как стабильной личностной характеристики, её зависимости от опыта и специализации врача, контекста медицинской деятельности (необходимое причинение боли, оказание экстренной помощи), исследуются аспекты эмпатической коммуникации для медиков различных специальностей, в том числе психиатров и онкологов, а также вырабатываемые коммуникативные стратегии по совладанию с сопутствующими негативными эмоциями. Приводится пример метода анализа медицинского интервью, способного улучшить качество межличностных отношений в диаде «врач-больной». В заключение представлены актуальные научные проблемы и сформулированы предположения о возможных направлениях будущих исследований.

Ключевые слова: эмпатия, медицинская деятельность, специализация, психиатрия, онкология, совладание, коммуникативные стратегии.

Каждый человек в определенный неблагоприятный жизненный период оказывается в ситуации, когда необходима профессиональная медицинская помощь. Зачастую не важно, тяжелый ли соматический недуг поражает человека или же болезнь касается едва, но на первом этапе мы ищем опытного и надежного специалиста, которому готовы доверить собственное тело. Но вдруг, обнаружив себя в роли зависимого пациента, мы обращаем внимание на личность самого врача вне зависимости от его профессиональной компетенции. Тогда нам требуется слово-отношение, особенно слово человека, призванного исцелять —

¹ Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ, грант № 15-26-01007.

ведь психологическая поддержка лечащего нас специалиста оказывается не менее важной, чем медицинское вмешательство, особенно в случае витальной угрозы от болезни.

В настоящее время в медико-психологической литературе широко освещена тема всестороннего взаимодействия в диаде «врач-пациент» через два взаимопересекающихся исследовательских направления, характеризующих реабилитационный процесс на всех его этапах. Во-первых, это сторона самого пациента, в свете которой обсуждаются такие феномены как внутренняя картина болезни, нозогенные реакции, комплекс защитных механизмов и копинг-стратегий, направленных на совладание с заболеванием, а также типология самих больных [Лурия, 1977; Смулевич 1992]. Понимание врачом определенного психологического состояния больного, его личностного склада является дополняющим фактором, способным улучшить качество оказываемой медицинской помощи и повысить комплаентность пациентов [Данилов, 2008]. Ощущение доверия к специалисту, который с сопереживанием и на равных относится к пациенту, редуцирует тревогу и фасилитирует деятельность, способствующую соблюдению реабилитационного режима. Существует и сторона самого медика, а именно злокачественный процесс эмоционального выгорания от помогающей деятельности и создающие благоприятный микроклимат в диаде с больным особые коммуникативные навыки, к которым апеллируют постулаты медицинской деонтологии [Лукиянова с соавт., 2008]. Известно, что неосторожные слова врача в связи с невниманием к эмоциональной сфере пациента способны навредить соматическому состоянию и спровоцировать развитие ятрогений [Лурия, 1977]. Полноценное межличностное взаимодействие с больным зависит от различных аспектов, среди которых ведущее значение приобретает эмпатия медицинского сотрудника, его способность к сопереживанию и эмоциональной поддержке ослабленного заболевшего человека.

Эмпатия — это «процесс понимания и отклика на переживание другого, основанный на со-переживании и ориентированный относительно внутренней феноменологической перспективы другого» [Карягина, 2013].

В данной статье будет представлена проблематика исследований эмпатии в медицинской деятельности и рассмотрены направления, всесторонне раскрывающие особенности эмпатической коммуникации в диаде «врач-пациент» как среди специалистов различных направлений, так и в медицинской науке в целом.

Идея личностного отношения в процессе терапии не нова и уходит корнями в древнегреческую традицию, к Гиппократу — известному представителю Косской медицинской школы, которым сформулирова-

ны основные тезисы врачебной позиции, не потерявшие своей актуальности и в настоящее время. Прежде всего, это «*natura sanat, medicus curat morbos*» («лечит болезни врач, но излечивает природа»). Второй — это «*primum non nocere*» («прежде всего не вредить»). И третий — «*qui bene interrogat, bene dignoscit; qui bene dignoscit, bene curat*» («кто хорошо спрашивает — хорошо ставит диагноз; кто хорошо ставит диагноз — хорошо лечит») [Бурно, 2011]. В современной клинической медицине, несмотря на усовершенствование инструментальных способов диагностики и тенденцию к минимизации межличностного взаимодействия с пациентом, неизменным остается постулат о важности эмпатического контакта с больным. Так, канадский врач Уильям Ослер утверждал, что «расслышать диагноз возможно в самих словах больного», а обязанность врача — «научить людей не принимать лекарства». Данные статистики показывают, что неадекватная коммуникация врача с пациентом без должного сочувствия сопряжена с ростом исков против медработников, приводит к частой смене специалистов, соматизации больных, агравации соматических симптомов [Beckman, 1994; Bellet, 1991]. Процесс реабилитации превращается в перманентную диагностику и частые госпитализации. Подобная тенденция обозначена западными учеными как «*doctor shopping*».

На первый взгляд может показаться, что высокий уровень эмпатии врача является необходимым условием для психологической поддержки пациента. Однако данный тезис в литературе опровергается: длительные эмоциональные перегрузки высокоэмпатийных людей в сфере помогающей деятельности приводят к быстрому эмоциональному выгоранию и личностному кризису [Грищенко, 2003]. Наступает «отравление людьми», появляется холодность, резкость в общении, а к страданию других — раздражение и равнодушие [Харди, 1988]. На основании самоотчетов самих медиков составлен желаемый образ идеального сострадательного эмпатичного врача (СЭВ), которым оказался специалист молодого возраста с меньшим опытом работы, однако с высокой склонностью к эмоциональному выгоранию от работы [Carmel, 1996].

При сравнительном исследовании эмпатических особенностей терапевтов и хирургов у всех медиков обследуемой выборки диагностирован средний уровень эмпатии, свойственный большинству людей в целом, при этом все же показатели эмпатии выше у врачей терапевтического профиля [Богачева, 2014]. У медсестер химиотерапевтического и реанимационного отделений, работа которых несет высокую степень стрессогенности, обнаружен заниженный и очень низкий уровень эмпатии в сочетании с высоким уровнем рефлексии, что указывает на понимание специалистами ситуационной необходимости сознательного контроля соб-

ственных чувств [Им, 2009]. Заниженные показатели эмпатии диагностированы и у врачей реаниматологов, деятельность которых происходит в ситуации высокого напряжения [Бережковская, Радинская, 2006].

В соответствии с отечественной культурно-деятельностной теорией некоторые авторы поднимают вопрос о возможности рассмотрения эмпатии как психической функции, имеющей две формы: низшую (натуральную) и высшую, опосредованную и произвольную, и полагают наличие культуральной эмпатии у врачей экстремальных специальности (реаниматологов) в сравнении с терапевтами, работающими в спокойных условиях поликлиники [Бережковская, Радинская, 2006]. Обследованным медикам была предложена проективная методика «мой пациент», анализ которой позволил сформировать пять групп врачей по их отношению к пациентам. Максимальные значения эмпатии диагностированы у реаниматологов, представивших рисунки, отнесенные к кластерам «спасение пациента» и «человек-пациент». У этих же врачей определен культуральный уровень эмпатии, сопряженный с высоким уровнем самореализации. Натуральная эмпатия преобладает у поликлинических специалистов, которые представили рисунки группы «страдающий пациент». Отличие данных рисунков в том, что пострадавший выступает как нуждающийся в непосредственном сопереживании, но не требующий активной позиции по его спасению. Минимальные значения эмпатии выявлены среди врачей, представивших рисунки «пациент для меня», где больной воспринимается как факт неминуемого общения, но не больше.

Сознательное разделение действия и сочувствия во врачебной деятельности необходимо, иначе помощь может оказаться неэффективной. Особенно это различие прослеживается среди врачей разных специальностей. Например, обнаружена динамика эмпатии в процессе профессионализации военного врача: на этапе вступления в должность после окончания обучения снижается значимость основных психических процессов, кроме мышления, при этом значимость эмпатии также редуцируется [Корзунин, 2001]. Доказана важность сопереживания в деятельности стоматолога на фоне признания специалистами необходимости разделения необходимого лечения как действия и сочувствия как отношения [Кипиани, 2006]. Хирурги, определяя иерархию профессионально значимых качеств, на первый план выносят показатели физического здоровья, выносливость, после которых следуют индивидуально-типологические особенности, а замыкают цепочку коммуникативные навыки специалиста, к которым относится эмпатия [Доника, 2009; Караванов, 1974]. Эффективность деятельности хирурга не зависит от уровня эмпатии и находится в обратной от неё зависимости в от-

личие от врача-терапевта [Богачева, 2014]. По данным методики диагностики эмпатии Бойко автором показано, что для терапевтов характерно превалирование аффективных компонентов среди ведущих каналов эмпатии (в форме сострадания реальным людям и вымышленным объектам), а эффективность их деятельности в наибольшей степени зависит от эмпатии к незнакомым людям — к группе пациентов, ежедневно обращающихся за медицинской помощью. Особенность эмпатии хирургов проявляется в когнитивном характере ведущих каналов.

Очевидно, что врачебная деятельность — особая сфера, с одной стороны, требующая от врача характерных коммуникативных особенностей, которые могут варьироваться в зависимости от выбранной специальности, с другой — это процесс, в результате которого происходит личностное изменение врача. Таким образом, возникает вопрос, является ли способность к эмпатии интегральной устойчивой характеристикой или же её показатели со временем изменяются под действием требований врачебной среды. Однозначного ответа нет, различные исследования представляют противоречивые данные, а характерным объектом изучения динамики эмпатического процесса зачастую оказываются студенты, проходящие определенные фазы профессионализации.

Обзоры исследований по данной проблематике подчеркивают тенденцию к снижению уровня эмпатии среди специалистов как у обучающихся, так и у практикующих врачей [Neumann et al., 2011]. Причиной подобного процесса оказывается неосознаваемая потребность купирования тревоги, мешающей оказывать адекватную помощь пациентам. Так, обследование студентов на этапе поступления в медицинскую школу и в конце каждого года обучения показало отсутствие выраженной динамики в течение первых двух лет, при этом отмечено резкое снижение уровня эмпатийности в конце третьего года после начала клинической практики, предполагающей непосредственный контакт с заболевшими людьми [Hojat et al., 2004; Hojat et al., 2009]. Подобный результат сохраняется до конца обучения вплоть до выпуска и неизменен вне зависимости от гендерной принадлежности обучающихся. На схожие результаты указывает Chen (2007), подчеркивая, что к окончанию образования, несмотря на общее снижение эмпатии, её показатели остаются выше у тех студентов, которые декларируют себя как социально-ориентированных в противовес технологически-ориентированных, отдающим предпочтение научным инновациям, а не выздоровлению больного [Chen et al., 2007]. Novak постулирует, что эмпатия в процессе медицинского образования «исчезает как вымирающий вид» и оказывается ненужным атрибутом врача, а коммуникация в диаде с больным давно подменена инструментальными способами диагностики и лечения [Novak,

1987]. Кроме того, изначальная заинтересованность в профессии и желание помочь пациентам зачастую приводят к эмоциональному выгоранию и снижению качества жизни, что также провоцирует снижение эмпатии [Thomas et al., 2007]. Несмотря на то, что женщины априори являются более эмпатийными, нежели мужчины, длительное переживание отрицательных эмоций в связи с сопереживанием больным надламывает их психику и достаточно быстро провоцирует профессиональную деформацию [Gleichgerrcht, Decety, 2003; Paro et al., 2014].

Противоположные результаты получены после проведения лонгитюдного обследования студентов на этапе поступления, а также доклинической и клинической фазах обучения [Costa, Magalhaes, Costa, 2013]. Отмечен рост уровня эмпатии, начало клинической практики на значение этого показателя влияние не оказало. При этом эмпатийность оказалась выше у женщин, выраженность которой все же незначительна, но снизилась на этапе клинической фазы обучения в связи с усилением тревожности испытуемых.

Некоторые авторы утверждают, что эмпатия является устойчивой личностной характеристикой и не зависит от этапов обучения. Именно она определяет выбор профессии медика и поэтому не изменяется в процессе образования и работы, несмотря на длительное взаимодействие врачей с хроническими больными [Василькова, 1998]. Автор подчеркивает необходимость включения методов диагностики эмпатии у студентов уже на этапе поступления в ВУЗ.

На динамику способности сопереживать оказывает влияние фокус выбора специализации будущего врача. Результаты обследования личного профиля студентов, выбравших семейную медицину как основную специализацию, также подтверждают тезис о сохранении эмпатийности к концу образования [Eley et al., 2015]. Данные испытуемые представили максимальные показатели по эмпатии, ориентированной на других, поскольку семейная медицина — это сфера людей, относящихся к категории «чувствующих» в сравнении с теми, кто склонен к «действиям», как, например, врачи хирургического профиля [Stilwell et al., 2000]. Рост эмпатии в процессе обучения отмечен также у женщин, выбравших акушерство и гинекологию [McKenna et al., 2008].

Очевидный тезис о важности эмпатии подкрепляется и эмпирическими исследованиями. В литературе обнаруживаются работы, подтверждающие значимость эмпатии в дефектологии, рекреационной медицине [Агавелян, 1995; Терентьев, 2007]. Пациенты, страдающие диабетом, которые поставили максимально высокие баллы лечащим врачам за эмпатичное отношение, в сравнении с теми, кто оценили медиков как несочувствующих, в процессе терапии демонстрировали

лучшие показатели гликированного гемоглобина и холестерина ЛПНП [Hojat et al., 2011]. Сопереживание влияет на улучшение иммунного статуса при простудных заболеваниях [Rakel, 2009]. Пациенты, поставившие врачам максимальные оценки по качеству оказанной помощи и характеру коммуникации, меньше болели, а степень выраженности симптомов протекала не столь интенсивно. Авторы исследования предполагают и обратную зависимость: оптимистично настроенные больные в целом находятся в лучшей соматической форме, а положительный личностный настрой способствует благоприятному восприятию лечащих врачей. Интересно, что максимальные баллы медикам поставили пациенты старшего возраста, темнокожие и с низким уровнем образования. Кроме того, поведение врача именно на первой встрече закладывает основы отношения больного, частоту последующих соматических жалоб, влияет на процесс выздоровление [Bikker, Mercer, Reilly, 2005]. Эмпатическое отношение к пациенту также повышает комплаенс [Stewart, 1984].

Однако среди всего многообразия медицинских отраслей все же максимально осложненными личностными аспектами взаимодействия и профессиональными отношениями являются психиатрия и онкология. Рассмотрим оба направления.

Несмотря на усовершенствование методов медикаментозной помощи, психиатрия так и остается специальностью, в которой успешный внутренний контакт системы «человек-человек» в значительной степени зависит не только от диагностических навыков врача, но и от его характерологических особенностей, способности слышать скрытые значения слов пациента, особенно в случае нарушения адекватного тестирования реальности заболевшего. Традиция признания роли эмпатического вчувствования в состоянии психически больного человека берет свое начало от К. Яперса — основателя феноменологической психиатрии [Ясперс, 1997]. Базовым условием понимания психопатологического симптома оказывается восприятие пациента как субъекта, установление с ним безоценочного контакта на равных. Именно Ясперс постулировал необходимость личностного вовлечения врача в состояние заболевшего на основании эмпатии и феноменологической интуиции. Своеобразие психологического профиля психиатра, в структуре которого особое значение принадлежит способности к эмпатии, подтверждают результаты исследования профессиональных предпочтений студентов первого курса медицинской школы [Gowans et al., 2009]. Значительная часть испытуемых, определивших психиатрию как будущую специализацию, уже имели степень бакалавра искусств, а также опыт волонтерской работы с психически больными людьми.

В настоящее время доказана эффективность эмпатии как терапевтического инструмента при эндогенных заболеваниях, в частности при шизофрении, и невротических расстройствах, при этом исследователями отмечается тенденция дегуманизация психиатрии и объективации пациентов [Зеневич, 1958; Ташлыков, 1976; Полищук, Летникова, 2013]. Широкий резонанс в обществе в 1973 г. вызвал известный эксперимент Розенхана, поднявший волну научных споров [Rosenhan, 1973]. На начальном этапе здоровые участники симулировали кратковременные слуховые галлюцинации с целью госпитализации в 12 психиатрических учреждений, находящихся в разных штатах США. Каждому псевдопациенту при поступлении в больницу психиатром был поставлен диагноз. Однако, оказавшись в клиниках, участники сообщали об улучшении самочувствия и прекращении галлюцинаций. Сотрудники психиатрических клиник ни в одном случае не только не признали отсутствие заболевания, но и в облигатном порядке настаивали на лечении, определив прием антипсихотических лекарственных препаратов как единственное условие выхода из больниц. Некоторым пациентам пришлось провести в психиатрических отделениях несколько месяцев. На втором этапе эксперимента персоналу заранее сообщили о возможности поступления псевдобольных, после чего сотрудники ошибочно приняли за симулянтов значительное число психически больных людей. Эксперимент показал, что установочное отношение психиатров по отношению к пациентам является причиной врачебных ошибок и объективизирует личность вне зависимости от реально присутствующей психопатологии. Дегуманистическая направленность современной медицины приводит к снижению эмпатии у врачей [Haslam, 2006; Naque, Waytz, 2013]. Человек начинается рассматриваться как биологический механизм, а у специалистов появляется «прогностический пессимизм» — априорное восприятие людей нездоровыми, требующими фармакологического лечения вне их личностного контекста. По одной из гипотез подобное отношение к пациенту позволяет редуцировать в глазах врача вину за заболевание, однако итогом дегуманистической тенденции оказывает стигматизация психически больных, их исключение из социальной среды.

Гипотеза о влиянии биологизованного подхода на уровень эмпатийности подтверждается в исследовании ученых Йельского Университета [Lebowitz, Ahn, 2014]. Обследуемая выборка специалистов сферы психического здоровья состояла из двух групп: врачей, имеющих базовое медицинское образование (психиатров) и лиц без биомедицинской подготовки (психологов, социальных работников). Процедура проходила в три этапа. На первых двух клиницисты читали описания случаев психических расст-

ройств (шизофрения и социальная фобия в первом случае, депрессия и обсессивно-компульсивное расстройство во втором). Для каждого заболевания были подготовлены две пояснительные записки, в которых давалось либо биологическое, либо психосоциальное объяснение. Каждое из данных объяснений комбинировалось с одной из вымышленных историй болезни, таким образом, испытуемые видели четыре случая (два описания и два объяснения). Отношение к пациентам маркировалось путем проставления баллов по 18 прилагательным, треть из которых характеризовали эмпатию (например, добрый, жалостливый), треть измеряли уровень стресса (расстроенный, обеспокоенный) и оставшиеся — эмоции (злой, фрустрированный, веселый) — в итоговый анализ не включались и значимости не имели. Участники также должны были выбрать преобладающую лечебную тактику (психотерапию или фармакотерапию), а также определить эффективность полученного объяснения. По результатам обследования обнаружено, что биологическое объяснение в значительной степени редуцировало эмпатию у всех специалистов, при этом степень эмпатийности всё же оказалась ниже у медицинских сотрудников в сравнении с не медиками. Психосоциальные описания всех психических расстройств, кроме шизофрении, приводили к росту уровня стресса. Биологические объяснения всеми специалистами оценивались как имеющие меньшую клиническую значимость, чем психосоциальные, кроме случаев шизофрении, которую клиницисты воспринимали как максимально биологизированное заболевание. Соответственно, психотерапия при биологическом объяснении характеризовалась как наименее эффективный метод помощи. Однако в реальном мире «чистых» случаев не бывает. На третьем этапе обследования специалистам были представлены объяснения, в которых описание случаев давалось в смешанной форме, но с преобладающим либо биологическим, либо психосоциальным подходом. Результаты подтвердили, что преобладание биологической информации приводило к снижению эмпатии у специалистов по всем заболеваниям, а также определяло фармакологическое лечение как наиболее эффективное. Очевидно, что предъявляемая парадигма (биологическая или психосоциальная) в значительной мере формирует клиническое мышление, определяет уровень эмпатии врачей и тактику по дальнейшему лечению. В другом исследовании показано, что состояние психически больных людей зависит от врачебной идеологии, и ремиссия длится меньше у тех пациентов, лечащие врачи которых являются приверженцами биологически ориентированного подхода [Вид, Лозинская, 1998].

Другая не менее психологически затратная отрасль медицины — это онкология. Работа онколога налагает на специалиста колоссальную эмоциональную нагрузку, поскольку, помимо возможных альтруистиче-

ских или научных мотивов выбора специальности, существуют и ежедневные профессиональные требования, а именно взаимодействие с хронически больными людьми, информирование умирающих об оставшемся им времени, перманентное присутствие с отчаянием и страхом. Онкология является сферой, где эмпатия врача востребована максимально, но именно здесь в наибольшей степени поднимается проблема его эмоционального выгорания. Исследование студентов-медиков показало тенденцию к избеганию обсуждения эмоций умирающих пациентов из-за страха не справиться, навредить и глобального ощущения невозможности с ними справиться [Smith, Kleinman, 1989]. Сами больные не склонны демонстрировать свои опасения ухаживающему за ними персоналу [Heaven, Maguire, 1997]. Пациентов хосписа и медсестер попросили составить список тревог больных. В последующих интервью обнаружилось, что более 60 % психоэмоциональных тем оказались обоюдно скрыты; при этом персонал основное внимание уделил опасениям за соматическое состояние [там же].

Диагноз «рак» оказывается для заболевшего человека огромным потрясением. Анализ аудиозаписей интервью онкологов с пациентами показал, что 51 % больных выражали собственные негативные эмоции, однако врачи демонстрировали эмпатическую реакцию лишь в 26 % случаев [Pollak et al., 2010]. Медики проявляли эмпатию ко всем пациентам в равной степени, при этом больше сочувствия все же получили малоимущие больные, поскольку именно они и выражали максимум отрицательных переживаний (75 % случаев в сравнении с 48 % у лиц со стабильным доходом). Кроме того, больные, состоящие в браке и знакомые с лечащим специалистом более года, оценивали врачей как более эмпатичных. Исследования показывают, что онкологи опасаются реагировать на страдания больных, занижая интенсивность их переживаний [Ford, Fallowfield, Lewis, 1994]. Среди основных эмоций, которые пациенты предъявляют врачу, преобладают страх (67 %), грусть (17 %) и злость (16 %) [Kennifer et al., 2009]. Трудность в эмпатической реакции онкологов подтверждается и тем, что минимум сопереживания больные получают именно на самое интенсивное переживание — страх. В исследовании Kennifer на 275 возможных ситуаций эмпатического отклика специалисты отреагировали только на 35 %. Помимо внутриличностного сопротивления онколога на эмоции больного обнаружено еще и опасение затянуть консультацию вступлением в эмпатический диалог, однако доказано, что сопереживание пациенту удлиняет время консультации не более, чем на полминуты. При этом 23 % пациентов, не получив эмпатического отклика, озвучивают жалобу повторно и интенсивней, что, несомненно, продлевает прием.

Основой для вышеописанного подхода к анализу вероятных ситуаций эмпатического отклика врача стала разработанная Shuchman и коллегами модель эмпатической коммуникации в медицинском интервью [Shuchman et al., 1997]. Отмечено, что пациенты склонны намекать о своем эмоциональном состоянии, а не выражать его напрямую, при этом, если врач игнорирует намек и переводит разговор в биомедицинскую парадигму, то больной возвращается к проблеме более интенсивными способами. Проанализировав вербальные высказывания медиков и больных по аудиозаписям и стенограммам бесед, авторы выявили 7 способов выражения пациентами собственного эмоционального состояния, а также реакции врачей:

1. «потенциальная эмпатическая возможность» — высказывание пациента, в котором присутствует скрытый намек на эмоцию;
2. «эмпатическая возможность» — прямое выражение эмоции пациентом;
3. «эмпатический ответ» — демонстрация распознавания эмоции врачом;
4. «развитие потенциальной эмпатической возможности» — высказывание врача вслед за «потенциальной эмпатической возможностью», которое направляет больного на открытое выражение эмоции (от фраз «угу, продолжайте» до прямого вопроса «и как вы себя при этом чувствуете?»);
5. «обрыв эмпатической возможности» — реплика врача вслед за «эмпатической возможностью», которая уводит интервью от эмоционального состояния пациента;
6. «упущенная эмпатическая возможность» — «эмпатическая возможность», за которой не последовала эмпатическая реакция;
7. «обрыв потенциальной эмпатической возможности» — высказывание врача вслед за «потенциальной эмпатической возможностью», которое обрывает возможность пациента открыто выразить эмоцию.

Ёмкая реплика врача на все «эмпатические возможности», способная затронуть полный спектр психоэмоционального состояния больного, называется авторами «эффект лассо». Поскольку на момент прохождения лечения пациенты воспринимают врача как «всесильную» личность, от которой зависит успех терапии, они также склонны искать одобрения за комплаенс. Сочетание этих потребностей и реакций специалиста на них также отражены в трех типах поведения [там же]:

1. «возможность для похвалы» — открытый поиск похвалы пациентом;
2. «похвала» — реакция врача, демонстрирующая одобрение;
3. «обрыв возможности для похвалы» — высказывание врача вслед за «возможностью для похвалы», которое переводит беседу в медицинское русло.

Данная классификация является первой детализированной схемой характерных паттернов взаимодействия в диаде врача и больного, при этом ранее в литературе обнаруживаются аналоги некоторых вариантов. Например, Branch говорил об «окне возможностей» — идеальном моменте для эмпатической реплики и углубления контакта с пациентом, при этом отсутствие реакции на эмоции пациента и перевод беседы в информационное взаимодействие приводило к отчуждению больного и недоверию специалисту [Branch, Malik, 1993; Zinn, 1993; Butow et al., 2002].

На основании данной модели проведен ряд исследований, освещающих аспекты эмпатического отношения медиков к больным. Анализ аудиозаписей 298 интервью онкологов с пациентами, страдающими онкологическими заболеваниями на поздних стадиях показал, что 37 % бесед содержали как минимум одну «эмпатическую возможность», причем в 68 % случаев больные демонстрировали эмоции напрямую, 33 % косвенно [Pollak et al., 2007]. «Развитие эмпатической возможности», т.е. своевременный ответ специалиста, отмечено лишь в 27 % ситуаций, в 73 % случаев наблюдался «обрыв эмпатической возможности». Максимальный эмпатический отклик обнаружен у врачей женского пола на жалобы пациенток, у более молодых специалистов и у тех, кто сам себя характеризовал как врача, ориентированного на социоэмоциональные аспекты работы, нежели технические, при этом 41 % онкологов никогда не развивали ситуацию «эмпатической возможности». Авторы исследования приводят классификацию фраз, фасилитирующих «развитие эмпатических возможностей»: «означение» (прямая эмпатическая реакция), «понимание» (демонстрация врачом понимания состояния больного), «уважение», «поддержка», «исследование» (предложение больному обдумать свою эмоцию). Высокий процент «обрыва эмпатических возможностей» обнаружен и в беседах онкологов с пациентами, страдающими раком легких: из 384 «эмпатических возможностей» врачи отреагировали лишь на 39 [Morse, Edwardsen, Gordon, 2008]. Студенты медицинского ВУЗа также демонстрировали тенденцию использовать «обрывы эмпатической возможности», уводя интервью с пациентами от сферы эмоций [Avdi, Barson, Rischin, 2008].

Схожее сравнительное исследование проведено среди врачей-терапевтов и хирургов [Levinson, Gorawara-Bhat, Lamb, 2000]. В 52 % интервью у терапевта и 53 % у хирурга содержится как минимум один намек со стороны пациента, среди которых 76 % / 60 % соответственно — эмоциональных намеков, остальные — социальные, т.е. несущие в себе информацию о социальной жизни пациента. В хирургии 70 % эмоциональных намеков проистекали из тревог о соматическом состоянии, в терапии 80 % намеков носили психосоциальный характер. Терапевты

реагировали на эмоциональные намеки в 21 % случаев, хирурги в 38%, что не соответствует распространенному убеждению об эмоциональной отстраненности специалистов хирургического профиля. 30% разговоров инициировали сами врачи, первыми задавая открытые вопросы. «Положительная реакция» врача зачастую происходила в форме прямого признания чувств пациента, подбадривания, похвалы, поддержки. «Упущенные эмпатические возможности» проявлялись неадекватным признанием (врач реагировал на реплику пациента, но избегал касания его чувств), неподобающим юмором, отрицанием, прямым обрывом последующей возможности выразиться. Вслед за «упущенными эмпатическими возможностями» пациенты несколько раз впоследствии заново поднимали волнующие их темы, удлиняя консультацию на несколько минут.

Деятельность специалиста-медика проходит не только в форме вербальной коммуникации, но и зачастую связана с причинением физической боли пациенту, который итак испытывает психоэмоциональное напряжение. Врач стремится оказать адекватную помощь, спасти жизнь, пусть даже через боль, при этом физическое страдание воспринимается больным как наказание, хотя в ситуации витальной угрозы или желаемого выздоровления именно врач оказывается тем, на кого пациент всецело полагается. Непосредственный контакт с физически изувеченными людьми, звуки и запахи больного тела, взгляды раненых, полные страдания, в сочетании с необходимостью лечить, абстрагируясь от собственных эмоций, накладывают отпечаток на личность врача и требуют от него формирования определенных копинг-стратегий. Данные интервью с медсестрами ожогового и химиотерапевтических отделений показали, что персоналу свойственна тенденция воспринимать болевой синдром менее интенсивным, чем он в действительности является [Madjar, 1991]. Когда же соматические страдания пациента становились очевидными и слишком обостренными, боль медсестрами оценивалась как неизбежная, нетравматичная и даже необходимая для выздоровления. Адаптация медсестер к подобной ситуации и купирование собственных негативных эмоций происходили путем объективизации организма больного и придания особой значимости собственным действиям.

Свойство занижать степень физического страдания больных также отражена в более ранней работе: оказалось, что врачи, становясь сами пациентами, тайно проносили в клиники анальгетики, поскольку сознательно понимали, что их состояние будет расценено неадекватно [Bond, 1981]. В другом исследовании медикам было предложено посмотреть видео с больными, испытывающими выраженный болевой синдром, и по

шкале отметить степень его интенсивности [Gleichgerrcht, Decety, 2014]. Восприятие боли как менее интенсивной было характерно для специалистов старшего возраста с длительным опытом практической деятельности. Боль мужчин казалась менее острой, особенно для врачей женского пола. Авторы подчеркивают как негативные психологические последствия подобного отношения, так и медицинские: например, при осмотре пациента мужского пола женщина-врач может занизить его жалобы и упустить важный параметр для постановки диагноза.

Morse (1992) постулирует, что феномен эмпатии в медицине неадекватно заимствован из психотерапевтической практики и едва ли может быть совместим с врачебной деятельностью, поскольку медик, в отличие от психолога, не только перманентно пребывает в среде физического страдания, но и сам вынужден причинять человеку боль [Morse et al., 1992]. В исследовании типов эмпатии у медсестер автор подчеркивает, что специалистам необходимы альтернативные коммуникативные стратегии, иначе прямые эмпатические реакции приведут к эмоциональному выгоранию. При этом медсестра оказывается в двоякой ситуации: не имея юридического права прописать анальгетики, ей необходимо неинструментальными и вербальными методами облегчить пациенту боль, наблюдая за его агонией и не имея правовой возможности её прекратить. В статье предложена модель взаимодействия в диаде «медсестра-пациент» с учетом комбинации двух факторов. Во-первых, это фокус внимания медсестры (на себя или на пациента), во-вторых, уровень реагирования на больного, который может быть либо спонтанным, непосредственным (реакция первого уровня), либо осознанным и профессиональным (реакция второго уровня). При ориентации на себя и реакции первого уровня медсестра разделяет страдание больного, которое становится совместным опытом и сопровождается ощущением комфорта для пациента. Эмоции, с которым сталкивается медсестра, — это жалость, симпатия, сожаление, соболезнование, сочувствие, непроизвольное подбадривание. Недооценка подобных состояний в медицинской практике является серьезным системным упущением. При ориентации на пациента и реакции второго уровня медсестра внешне демонстрирует вовлечение в состояние больного, однако без внутреннего сопереживания, и проявляет отношение с помощью юмора, подбадривания, профессиональной эмпатии, поведения по типу конфронтации с заболеванием, профессионального утешения. Подобное поведение дистантно, именно ему обучают медиков на специализированных тренингах, но оно все равно остается комфортным для пациента. Сочетание ориентации медсестры на себя и реакций первого уровня проявляется в объективизации больного и эмоциональном дистанцировании.

Это антивовлечение, важное для оказания первой помощи пациенту, но видеть которое больному опасно, поскольку оно чревато потерей надежды и доверия. Медсестра использует такие стратегии как экранирование, дегуманизация, эмоциональное выключение, навешивание ярлыка, отрицание. Ориентация на себя и реакции второго уровня приводит к ощущению пациентами себя как неживыми. Медсестра демонстрирует такие реакции как механическое поведение («профессиональный стиль»), ровное поведение, фальшивое сожаление, «поведение незнакомца», фальшивое подбадривание. Подобное выработанное состояние, возникающее при длительном контакте медиков с тяжелобольными людьми, названо «рассеянной добротой» [Cook, 1981].

Интерес представляет и характерные паттерны коммуницирования, которые вырабатывают будущие врачи, впервые вступив во взаимодействие с телами людей. Несмотря на декларацию этических принципов, первичные эмоциональные реакции медиков отодвигаются на задний план, о чем свидетельствуют интервью со студентами первых трех курсов медицинских школ [Smith, Kleinman, 1989]. Априори считается, что настоящий профессионал не способен испытывать нежелательные эмоции (отвращение или сексуальное возбуждение) по отношению к пациенту, однако в процессе клинической практики студенты неизбежно сталкиваются с подобными состояниями, обсуждение которых жестоко табуировано в медицинском сообществе. Однако медицина «требует» продолжения обучения и студенты купируют собственные неприятные ощущения, вырабатывая определенные стратегии. Авторы исследования представляют пять вариантов управления нежелательными эмоциями. Во-первых, трансформация контакта в обезличенную форму, превращение тела человека в пазл, не имеющего ничего общего с его возможной личностью. Например, на первых вскрытиях студенты задают многочисленные вопросы, подавляя таким образом тревогу, или представляют, что в данный момент перед ними животное, машина, а не человек. Рационализации способствует и овладение медицинским языком, когда «осмотр живота» превращается в «пальпацию абдоминальной области». Во-вторых, это акцентирование на положительных аспектах. Неудобные эмоции перекрываются ощущением гордости от занятий «настоящей медициной», радости от практики и правильности собственных действий, направленных на благо, даже во время интимного осмотра пациента. В-третьих, использование больного для защиты от собственных неприятных переживаний путем эмпатирования или обвинения. Эмпатия позволяет дистанцироваться от себя и поставить пациента во главу угла, что придает студенту гордости, в то время как обвинение становится способом оправдать собственные смущение или

злость (например, студент мужского пола во время осмотра забыл прослушать сердце четырнадцатилетней пациентки, осудив молодую девушку за развратность из-за слишком развитой груди). В-четвертых, высмеивание, обесценивание заболевания или физического состояния пациента (особенно, если речь идет о сексуально привлекательном объекте). В-пятых, избегание визуального контакта: прикрытие тех частей мертвого тела на вскрытиях или во время операций, которые в данный момент не исследуются, вплоть до тотального отказа некоторых учащих осматривать интимные зоны больного, если диагностические манипуляции проводятся группой студентов.

Медицинская деятельность непосредственно сопряжена с телесным контактом одного человека с другим, а значит и эмпатические реакции врача должны отличаться от эмпатии психотерапевта. Для характеристики соматических ответов на физические страдания других Morse (1998) предлагает термин «коэмпатия», являющийся аналогом эмоциональной эмпатии, но на физиологическом уровне [Morse, Mitcham, van Der Steen, 1998]. Спектр коэмпатических проявлений может варьироваться и проявлять себя от неясных телесных ощущений до аналогичных физических проявлений. Схожие коэмпатические реакции бывают трех видов: идентичные (боль в руке матери, которая находится рядом во время укола ребенку); инициированные, менее интенсивные (ощущение тошноты около пациента с рвотой); перенесенные, более интенсивные (ощущение боли при наблюдении за травмированным пациентом, находящимся без сознания). Различные коэмпатические реакции преобразованы и кардинально отличаются локализацией своих проявлений. Например, наблюдая за ампутацией, человек может испытывать тошноту, головокружение, спазмы в животе, а не боль непосредственно в конечности. Авторы утверждают, что интенсивность и точность повторения симптомов зависит от степени идентификации между страдающим человеком и наблюдателем, поэтому в медицине не рекомендуется оказывать помощь родственникам. Кроме того, врачу в процессе работы необходимо учиться «экранировать» коэмпатические реакции, сохраняя при этом эмоциональный контакт с пациентом, чтобы быть в состоянии оказывать адекватную экстренную помощь. Так, медсестры говорят о необходимой паузе и глубоком вдохе перед входом в отделение реанимации, наполненном измученными людьми. С другой стороны, сознательное дистанцирование от негативных ощущений приводит к объективизации больного и превращению живого человека в клинический случай с помощью трех стратегий: обесценивание (заболевание оценивается как нетяжелое, а болевой синдром пациента как преувеличенный),

деперсонализация (восприятие больного как бесчувственного), рационализация (оправдание болезненного вмешательства как необходимого). Длительное пребывание в контакте с болью и страданием приводит к «эмоциональной блокировке», которая принимает такие формы как «механическое поведение» на автопилоте (отработанные действия в реанимации при поступлении нескольких больных) и «контролируемое поведение» (десенсибилизация хирургов во времени).

Очевидно, что проблематика эмпатии в современной медицине парадоксальным образом обостряется на фоне совершенствования технологий оказания квалифицированной помощи, приводящих к эмоциональному отдалению врача от больного. Врачебная деятельность раздваивается на две противоположные парадигмы: «cure-oriented» (ориентированной на лечение) и «care-oriented» (ориентированной на заботу), которые в связи с задачами медико-психологического сопровождения больного в идеале должны быть слиты в холистическом подходе к терапии [Engel, 1977; Devalck et al., 2001]. Исследование студентов показало, что будущие врачи в сравнении с медсестрами постулируют первичность выздоровления, а не ухода (89 % и 51 % соответственно), однако у медицинских сестер приоритетом остается все же забота, а не полная реабилитация [Linn, 1974].

Несмотря на неоднозначные ответы, является ли эмпатия устойчивой личностной чертой или нет, необходимы ли её высокие показатели для успешной врачебной деятельности, насколько важен сознательный контроль эмпатических реакций, в профессиональном сообществе эмоциональному взаимодействию в диаде «врач-больной» отдается все же важная роль и основным инструментом развития эмпатии являются специально разработанные тренинги. Используются специализированные программы на основе методов психодрамы и информирования [Ansel, 2006]. Так, у 656 онкологических пациентов, за которыми оказывали уход медсестры, прошедшие обучение на курсах по повышению качества эмпатии, отмечено снижение уровня тревоги и враждебности в сравнении с контрольной группой [La Monica, 1987]. Улучшение коммуникативных навыков отмечены и у врачей-онкологов [Butow et al., 2002]. Проводятся тренинги по повышению качества коммуникации между медсестрами и пациентами различных культур [Everson et al., 2015].

Х Х Х

Таким образом, рассмотрение исследований, посвящённых эмпатии в медицинской сфере, очерчивает ряд взаимопересекающихся проблем.

Во-первых, это уровень эмпатии среди врачей, диагностируемый с помощью опросников, его зависимость от различных факторов (гендерная принадлежность, социальный статус, стаж, специализация и т.д.).

Во-вторых, вопрос об эмпатии как профессионально важном качестве специалистов различных профилей, её роли в диаде «врач-пациент».

В-третьих, ведутся дискуссии о стабильности эмпатии как личностной характеристики и возможном влиянии профессионального опыта на её динамику.

В-четвертых, исследуются аспекты эмпатической коммуникации для врачей различной направленности, особенно в психиатрии и онкологии.

В-пятых, выявляется пласт работ, посвящённых структуре медицинского интервью с целью выявления моментов адекватного эмпатического отклика.

В-шестых, обсуждается необходимость и специфика эмпатии для специалистов, ежедневно контактирующих с физической болью, а также коммуникативные стратегии по совладанию с негативными эмоциями.

Завершают обзор работ по проблеме эмпатии в медицине исследования, подтверждающие повышение эмпатических способностей медицинских сотрудников, прошедших специализированные обучающие тренинги.

Учитывая вышеописанные направления, можно выделить следующие аспекты проблематики эмпатии в медицинской деятельности и сформулировать возможные направления будущих исследований.

Неоднозначным остается вопрос о рассмотрении эмпатии как способности или же как свойства, относительно стабильного или изменяющегося во времени в зависимости от внешних обстоятельств. Учитывая данное противоречие, встает вопрос о возможности существующего диагностического инструментария (в основном опросников самоотчета) в полной мере адекватно измерить уровень эмпатийности респондента. С нашей точки зрения необходимо уточнение и дополнение понимания эмпатии как способности, в том числе как способности, подлежащей в определенных случаях профессионализации, и далее разработать методический материал по её измерению в зависимости от угла оценки.

Не менее важно проанализировать процесс эмоционального выгорания от помогающей деятельности, поскольку неоднозначность самого понятия эмпатии приводит к казуальным выводам: возможна ли редукция способности, или черты — что именно снижается в процессе медицинской практики, как указывают ряд исследований.

Кроме того, возникает вопрос об изучении совладающих стратегий. Обнаруживается неопределенность и иногда конкурентность дефиниций, характеризующих переживания врача: эмпатический дистресс (чув-

ства, возникающие в ответ на боль другого, но ориентированные на самого субъекта эмпатии), тревога в связи с ответственностью за соматическое благополучие больного, постыдные и негативные эмоции к пациенту, табуированные психологически и социально (сексуальное возбуждение, отвращение и т.п.), а также реакции медика на необходимое причинение боли. Понимание вопроса «с чем совладать» поможет уточнить и расширить ответ «как совладать», поскольку определенные стратегии, оцениваемые в других сферах как негативные (объективизация, дегуманизация, блокировка), способны принять продуктивную форму в ситуации оказания экстренной медицинской помощи, однако при отсутствии их осознания у специалиста приведут к профессиональной деформации.

Morse (1992) постулирует, что врачебная деятельность происходит в неравнозначной по сравнению с психотерапией среде, соответственно, понятие эмпатии привнесено в медицину неадекватно. Однако эмпатия не является принадлежащей только психотерапии. Это общечеловеческая способность, одновременно трансформируемая в профессиональной деятельности и трансформирующая ее.

Таким образом, между негласным требованием деонтологического устава и контекстом профессиональной медицинской деятельности обнаруживается противоречие, требующее дальнейшего разрешения путем адаптации «процесса сопереживания» к реальным особенностям медицины (оправданное временное отстранение от чувств больного, причинение боли во благо, личные симпатии и антипатии к пациентам и т.д.).

ЛИТЕРАТУРА

- Агавелян Р.О.* Эмпатия как фактор психологической готовности дефектолога к профессиональной деятельности: дисс. ... канд. психол. наук. Ереван, 1995. 158 с.
- Бережковская Е.Л., Радинская Н.Г.* Культурно-историческая и гуманистическая психология: возможные точки схода. Эмпатия как высшая психическая функция // Вестник РГГУ. 2006. № 1. С.126—145.
- Богачева О.Ю.* Эмпатия как профессионально важное качество врача (на примере врачей терапевтов и врачей хирургов): дисс. ... канд. психол. наук. Ярославль. 2014. 168 С.
- Бурно М.Е.* О самом главном в клинической классической психотерапии (ККП) // Психотерапия. 2011. № 1. С.17—23.
- Василькова А.П.* Эмпатия как один из специфических критериев профессиональной пригодности будущих специалистов медиков: дисс. ... канд. псих. наук. СПб. 1998. 166 с.
- Вид В.Д., Лозинская Е.И.* Синдром перегорания в психиатрии и его зависимость от терапевтической идеологии // Российский психотерапевтический журнал. 1998. № 1. С. 19—21.

- Грищенко Д.Ю.* Мотивация выбора профессии психолога: дисс. ... канд. психол. наук. М.: РГБ, 2003. 221 с.
- Данилов Д.С.* Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2008. Т.10. № 1. С. 13—20.
- Доника А.Д.* Профессиональный онтогенез: медико-социологические и психолого-этические проблемы врачебной деятельности / М.: Изд-во «Академия Естествознания». 2009. 300 с.
- Зеневич Г.В.* Роль психотерапии при шизофренических ремиссиях // Вопросы психотерапии. М. 1958. С. 187—194.
- Им О.Т.* Психологические особенности синдрома эмоционального выгорания в зависимости от степени рефлексии и эмпатии у медицинских сестер // Альманах современной науки и образования. 2009. № 11 (30). С. 136—138.
- Караванов Г.А., Коршунова В.А.* Индивидуально-психологические особенности врача-хирурга / Львов. 1974. 53 с.
- Карягина Т.Д.* Эволюция понятия «эмпатия» в психологии: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2013. 175 с.
- Кипиани А.И.* Развитие коммуникативной компетентности врача-стоматолога как условие профессиональной успешности: дисс. ... канд. психол. наук. Ставрополь, 2006. 214 с.
- Корзунин В.А.* Закономерности динамики профессионально важных качеств военных врачей в процессе профессионализации: дисс. ... докт. психол. наук. Санкт-Петербург, 2001. 555 с.
- Лурия Р.А.* Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания / 4-е изд. М.: Медицина, 1977. 112 с.
- Полищук Ю.И., Летникова З.В.* Диагностическое и терапевтическое значение врачебной эмпатии в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23. № 3. С. 99—103.
- Смулевич А.Б., Фильц А.О., Гусейнов И.Г., Дроздов Д.В.* К проблеме нозогений. Ипохондрия и соматоформные расстройства / М.: Логос, 1992. с. 111—123.
- Современные проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий: коллективная монография / под. ред. В.В. Лукьянова, Н.Е. Водопьяновой, В.Е. Орла, С.А. Посадного, Л.Н. Юрьевой, С.А. Игумнова. Курск. гос. ун-т. Курск, 2008. 336 с.
- Ташлыков В.А.* Значение эмпатического отношения врача к больному в процессе психотерапии неврозов // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии / Л., 1976. С. 121—122.
- Терентьев И.А.* Личностные особенности проявления эмпатии в деятельности врача курортного лечебного учреждения: дисс. ... канд. психол. наук. Сочи, 2007. 212 с.
- Харди И.* Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / Будапешт, 1988. 338 с.
- Ясперс К.* Общая психопатология / М., 1997. 1053 с.
- Ancel G.* Developing empathy in nurses: an in-service training program // Archives of psychiatric nursing. 2006. Vol. 20. № 6. Pp. 249—257.

- Avdi E., Barson P., Rischin I.* Empathic communication skills in CALD medical student interviews // *Prospect*. 2008. Vol. 23. № 3. Pp. 4—11.
- Beckman H.B., Markakis K.M., Suchman A.L., Frankel R.M.* The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions // *Arch Intern Med*. 1994. Vol. 154. № 12. Pp. 1365—1370.
- Bellet P.S., Maloney M.J.* The Importance of Empathy as an Interviewing Skill in Medicine // *JAMA*. 1991. Vol. 266. № 13. Pp. 1831—1832. doi:10.1001/jama.1991.03470130111039.
- Bikker A.P., Mercer S.W., Reilly D.* A pilot prospective study on the consultation and relational empathy, patient enablement, and health changes over 12 months in patients going to the Glasgow Homoeopathic Hospital // *J Altern Complement Med*. 2005. Vol. 11. № 4. Pp. 591—600.
- Bond M.R.* Patients' experience of pain // *Pharmacol Ther*. 1981. Vol. 12. № 3. Pp. 563—573.
- Branch W.T., Malik T.K.* Using 'Windows of Opportunities' in Brief Interviews to Understand Patients' Concerns // *JAMA*. 1993. Vol. 269. № 13. Pp. 1667—1668. doi:10.1001/jama.1993.03500130081036.
- Butow P.N., Brown R.F., Cogar S., Tattersall M.H., Dunn S.M.* Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues // *Psychooncology*. 2002. Vol. 11. № 1. Pp. 47—58.
- Carmel S., Glick S.M.* Compassionate-empathic physicians: personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern // *Soc Sci Med*. 1996. Vol. 43. № 8. Pp. 1253—1261.
- Chen D., Lew R., Hershman W., Orlander J.* A cross-sectional measurement of medical student empathy // *J Gen Intern Med*. 2007. Vol. 22. № 10. Pp. 1434—1438.
- Costa P., Magalhaes E., Costa M.J.* A latent growth model suggests that empathy of medical students does not decline over time // *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2013. Vol. 18. № 3. Pp. 509—522. doi: 10.1007/s10459-012-9390-z.
- Cook S.* *Second Life* / New York: Simon and Schuster, 1981.
- DeValck C., Bensing J., Bruynooghe R., Batenburg V.* Cure-oriented versus care-oriented attitudes in medicine // *Patient Education and Counseling*. 2001. Vol. 45. Pp. 119—126.
- Eley D.S., Brooks K.D., Zink T., Cloninger C.R.* Personality profiles of rural longitudinal integrated clerkship students who choose family medicine // *Fam Med*. 2015. Vol. 47. № 3. Pp. 194—203.
- Engel G.L.* The need for a new medical model: a challenge for biomedicine // *Science*. 1977. Vol. 196. № 4286. Pp. 129—135.
- Everson N., Levett-Jones T., Lapkin, Pitt V., van der Riet P., Rossiter R., Jones D., Gilligan C., Courtney-Pratt H.* Measuring the impact of a 3D simulation experience on nursing students' cultural empathy using a modified version of the Kiersma-Chen Empathy Scale // *J Clin Nurs*. 2015. Vol. 16. doi: 10.1111/jocn.12893
- Ford S., Fallowfield L., Lewis S.* Can oncologists detect distress in their out-patients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations? // *Br J Cancer*. 1994. Vol. 70. № 4. Pp. 767—770.
- Gleichgerrcht E., Decety J.* Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender and experience moderate empathic concern, burnout and emotional distress in physicians // *PLoS ONE*. 2003. Vol. 8. № 4.

- Gleichgerrcht E., Decety J.* The relationship between different facets of empathy, pain perception and compassion fatigue among physicians // *Front Behav Neurosci.* 2014. Vol. 8. P. 243. doi: 10.3389/fnbeh.2014.00243.
- Gowans M.C., Glazier L., Wright B.J., Brenneis F.R., Scott I.M.* Choosing a career in psychiatry: factors associated with a career interest in psychiatry among Canadian students on entry to medical school // *Can J Psychiatry.* 2009. Vol. 54. № 8. Pp. 557—564.
- Haslam N.* Dehumanization: an integrative review // *Pers Soc Psychol Rev.* 2006. Vol. 10. № 3. Pp. 252—264.
- Haque O.S., Waytz A.* Dehumanization in medicine: causes, solutions, and functions // *Perspect Psychol Sci.* 2013. Vol. 7. № 2. Pp. 176—186.
- Heaven C.M., Maguire P.* Disclosure of concerns by hospice patients and their identification by nurses // *Palliat Med.* 1997. Vol. 11. № 4. Pp. 283—290.
- Hojat M., Loius D., Markham F., Wender R., Rabinowitz C., Gonnella J.* Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients // *Academic Medicine.* 2011. Vol. 86. № 3. Pp. 359—364.
- Hojat M., Mangione S., Nasca T.J., Rattner S., Erdmann J.B., Gonnella J.S., Magee M.* An empirical study of decline in empathy in medical school // *Med Educ.* 2004. Vol. 38. № 9. Pp. 934—941.
- Hojat M., Vergare M., Maxwell K., Brainard G., Herrine S., Isenberg G., Veloski J., Gonnella J.* The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school // *Academic Medicine.* 2009. Vol. 84. № 9. Pp. 1182—1191.
- Kennifer S.L., Alexander S.C., Pollak K.I., Jeffreys A.S., Olsen M.K., Rodriguez K.L., Arnold R.M., Tulsy J.A.* Negative emotions in cancer care: do oncologists' responses depend on severity and type of emotion? // *Patient Educ Couns.* 2009. Vol. 76. № 1. Pp. 51—56. doi: 10.1016/j.pec.2008.10.003.
- La Monica E.L., Wolf R.M., Madea A.R., Oberst M.T.* Empathy and nursing care outcomes // *Scholarly Inquiry for Nursing Practice.* 1987. Vol. 1. № 3. Pp. 197—213.
- Lebowitz M.S., Ahn W.* Effects of biological explanations for mental disorders on clinicians' empathy [Электронный ресурс] // *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America.* URL: <http://www.pnas.org/content/111/50/17786.abstract> (дата обращения: 12.07.2015).
- Levinson W., Gorawara-Bhat R., Lamb J.* A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings // *JAMA.* 2000. Vol. 284. № 8. Pp. 1021—1027.
- Linn L.S.* Care vs. cure: How the nurse practitioner views the patient // *Nursing Outlook.* 1974. Vol. 22. Pp. 641—644.
- Madjar I.* Pain as embodied experience: a phenomenological study of clinically inflicted pain in adult patients: a thesis presented in partial fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Nursing at Massey University. Massey University. 1991.
- McKenna L., Boyle M., Brown T., Williams B., Molloy A., Lewis B., Molloy L.* Levels of empathy in undergraduate midwifery students: an Australian cross-sectional study // *Women and Birth.* 2008. Vol. 24. Pp. 80—84.

- Morse D.S., Edwardsen E.A., Gordon H.S. Missed opportunities for interval empathy in lung cancer communication // *Arch Intern Med*. 2008. Vol. 168. № 17. Pp. 1853—1858.
- Morse J.M., Bortorff J., Anderson G., O'Brien B., Solberg S. Beyond empathy: expanding expressions of caring // *J Adv Nurs*. 1992. Vol. 17. № 7. Pp. 809—821.
- Morse J. M., Mitcham C., van Der Steen W.J. Compathy or physical empathy: implications for the caregiver relationship // *Journal of Medical Humanities*. 1998. Vol. 19, № 1. Pp. 51—65.
- Neumann M., Edelhauser F., Tauschel D., Fischer M.R., Wirtz M., Woopen C. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents // *Acad. Med*. 2011. Vol. 86. Pp. 996—1009. doi:10.1097/acm.0b013e318221e615.
- Novak D.H. Therapeutic aspects of the clinical encounter // *J Gen Intern Med*. 1987. Vol. 2. Pp. 346—355.
- Paro H.B.M.S., Silveira P.S.P., Perotta B., Gannam S., Enns S.C. Empathy among medical students: is there a relation with quality of life and burnout? // *PLoS ONE*. 2014. Vol. 9. № 4. doi:10.1371/journal.pone.0094133.
- Pollak K.I., Arnold R.M., Alexander S.C., Jeffreys A.S., Olsen M.K., Abernethy A.P., Rodriguez K.L., Tulskey J.A. Do patient attributes predict oncologist empathic responses and patient perceptions of empathy? // *Support Care Cancer*. 2010. Vol. 18. № 11. Pp. 1405—1411. doi: 10.1007/s00520-009-0762-8.
- Pollak K.I., Arnold R.M., Jeffreys A.S., Alexander S.C., Olsen M.K., Abernethy A.P., Skinner C.S., Rodriguez K.L., Tulskey J.A. Oncologist communication about emotion during visits with Patients with advanced cancer // *Journal of clinical oncology*. 2007. Vol. 25. №. 36. Pp. 5748—5752.
- Rakel D.P., Hoefl T.J., Barrett B.P., Chewing B.A., Craig B.M., Niu M. Practitioner empathy and the duration of the common cold // *Fam Med*. 2009. Vol. 41. № 7. Pp. 494—501.
- Rosenhan D.L. On being sane in sane places // *Science*. 1973. Vol. 179. Pp. 250—258.
- Smith A.C. III, Kleinman S. Managing emotions in medical school: students' contacts with the living and the dead // *Social Psychology Quarterly*. 1989. Vol. 52, No. 1. Pp. 56—69.
- Stewart M.A. What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes // *Soc Sci Med*. 1984. Vol. 19. № 2. Pp. 167—175.
- Stihwell N.A., Wallick M.M., Thal S.E., Burleson J.A. Myers-Briggs type and medical specialty choice: a new look at an old question // *Teach Learn Med*. 2000. Vol. 12. № 1. Pp. 14—20.
- Suchman A.L., Markakis K., Beckman H.B., Frankel R. A model of empathic communication in the medical interview // *JAMA*. 1997. Vol. 277. № 8. Pp. 678—682.
- Thomas M.R., Dyrbye L.N., Huntington J.L., Lawson K.L., Novotny P.J., Sloan J.A., Shanafelt T.D. How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study // *J Gen Intern Med*. 2007. Vol. 22. № 2. Pp. 177—183.
- Zinn W. The empathic physician // *Arch Intern Med*. 1993. Vol. 153. № 3. Pp. 306—312.

EMPATHY PROBLEMATIC IN PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PROFESSIONAL MEDICAL CARE (REVIEW)²

T.V. PODDUBNAYA

The article covers summary report of the main aspects of empathy research in medical care. Data of an empathy level diagnostics depending on social aspects is presented, as well as an issue of empathy consideration as a stable personal characteristic, its dependency on experience and doctor's specialization, context of medical activity (necessary pain infliction, emergency aid assistance) is discussed. Aspects of empathic communication for medical workers of various specialties, inter alia psychiatrists and oncologists, as well as communication strategies, developed for coping with cocurrent negative emotions are analyzed. An example of a medical interview facilitating the quality of interpersonal relationship in the pair patient-doctor alliance" is given. In conclusion there are presented actual scientific contradictions and set the possible main lines of future researches.

Keywords: empathy, medical care, specialization, psychiatry, oncology, coping, communication strategies.

- Agavelian R.O.* Empatiia kak faktor psikhologicheskoi gotovnosti defektologa k professional'noi deiatel'nosti: diss. ... kand. psikh. nauk. Erevan, 1995. 158 p.
- Berezhkovskaia E.L., Radinskaia N.G.* Kul'turno-istoricheskaiia i gumanisticheskaiia psikhologiiia: vozmozhnye tochki skhoda. Empatiia kak vysshaia psikhicheskaiia funktsiia. Vestnik RGGU. 2006. № 1. Pp. 126—145.
- Bogacheva O.Iu.* Empatiia kak professional'no vazhnoe kachestvo vracha (na primere vrachei terapevtov i vrachei khirurgov): diss. ... kand. psikh. nauk. Iaroslavl'. 2014. 168 p.
- Burno M.E.* O samom glavnom v klinicheskoi klassicheskoi psikhoterapii (KKP) // Psikhoterapiia. 2011. № 1. Pp. 17—23.
- Vasil'kova A.P.* Empatiia kak odin iz spetsificheskikh kriteriev professional'noi prigodnosti budushchikh spetsialistov medikov: diss. ... kand. psikh. nauk. Saint-Peterburg. 1998. 166 p.
- Vid V.D., Lozinskaia E.I.* Sindrom peregoraniia v psikhiiatrii i ego zavisimost' ot terapevticheskoi ideologii. Rossiiskii psikhoterapevticheskii zhurnal. 1998. № 1. Pp. 19—21.
- Grishchenko D.Iu.* Motivatsiia vybora professii psikhologa: diss. ... kand. psikh. nauk. Moscow: RGB, 2003. 221 p.
- Danilov D.S.* Komplains v meditsine i metody ego optimizatsii (klinicheskie, psikhologicheskie i psikhoterapevticheskie aspekty). Psikhiiatriia i psikhofarmakoterapiia. 2008. T.10. № 1. Pp. 13—20.

² This article was prepared with the financial support of the Russian Foundation for Humanities (grant No.15-26-01007).

- Donika A.D.* Professional'nyi ontogenez: mediko-sotsiologicheskie i psikhologo-eticheskie problemy vrachebnoi deiatel'nosti / Moscow: Publ. "Akademiia Estestvoznaniia". 2009. 300 p.
- Zenevich G.V.* Rol' psikhoterapii pri shizofrenicheskikh remissiiakh. Voprosy psikhoterapii. Moscow. 1958. Pp. 187—194.
- Im O.T.* Psikhologicheskie osobennosti sindroma emotsional'nogo vygoraniia v zavisimosti ot stepeni refleksii i empatii u meditsinskikh sester. Al'manakh sovremennoi nauki i obrazovaniia. 2009. № 11 (30). Pp. 136—138.
- Karavanov G.A., Korshunova V.A.* Individual'no-psikhologicheskie osobennosti vrachakhirurgov / L'vov. 1974. 53 p.
- Kariagina T.D.* Evoliutsiia poniatii "empatiia" v psikhologii: diss. ... kand. psikholog. nauk. Moscow, 2013. 175 p.
- Kipiani A.I.* Razvitie kommunikativnoi kompetentnosti vracha-stomatologa kak uslovie professional'noi uspekhnosti: diss. ... kand. psikholog. nauk. Stavropol', 2006. 214 p.
- Korzunin V.A.* Zakonomernosti dinamiki professional'no vazhnykh kachestv voennykh vrachei v protsesse professionalizatsii: diss. ... dokt. psikholog. nauk. Sankt-Peterburg, 2001. 555 p.
- Lurii R.A.* Vnutrenniaia kartina bolezni i iatrogennye zabolvaniia / 4-e izd. Moscow: Meditsina, 1977. 112 p.
- Polishchuk Iu.I., Letnikova Z.V.* Diagnosticheskoe i terapevticheskoe znachenie vrachebnoi empatii v psikiatrii. Sotsial'naia i klinicheskaiia psikiatriia. 2013. T. 23. № 3. Pp. 99—103.
- Smulevich A.B., Fil'ts A.O., Guseinov I.G., Drozdov D.V.* K probleme nozogenii. Ipkhondriia i somatofornnye rasstroistva / Moscow: Logos, 1992. Pp. 111—123.
- Sovremennye problemy issledovaniia sindroma vygoraniia u spetsialistov kommunikativnykh professii: kollektivnaia monografiia / pod. red. V.V. Luk'ianova, N.E. Vodop'ianovoi, V.E. Orla, S.A. Posadnogo, L.N. Iur'evoi, S.A. Igumnova. Kursk. gos. un-t. Kursk, 2008. 336 p.
- Tashlykov V.A.* Znachenie empaticeskogo otnosheniia vracha k bol'nomu v protsesse psikhoterapii nevrozov. Psikhologicheskie problemy psikhogigieny, psikhoprofilaktiki i meditsinskoj deontologii / L., 1976. Pp. 121—122.
- Terent'ev I.A.* Lichnostnye osobennosti proiavleniia empatii u deiatel'nosti vracha kurortnogo lechebnogo uchrezhdeniia: diss. ... kand. psikholog. nauk. Sochi, 2007. 212 p.
- Khardi I.* Vrach, sestra, bol'noi. Psikhologiiia raboty s bol'nymi / Budapesht, 1988. 338 p.
- Iaspers K.* Obshchaia psikhopatologiiia / Moscow, 1997. 1053 p.
- Ancel G.* Developing empathy in nurses: an in-service training program. Archives of psychiatric nursing. 2006. Vol. 20. № 6. Pp. 249—257.
- Avdi E., Barson P., Rischin I.* Empathic communication skills in CALD medical student interviews. Prospect. 2008. Vol. 23. № 3. Pp. 4—11.
- Beckman H.B., Markakis K.M., Suchman A.L., Frankel R.M.* The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. Arch Intern Med. 1994. Vol. 154. № 12. Pp. 1365—1370.
- Bellet P.S., Maloney M.J.* The Importance of Empathy as an Interviewing Skill in Medicine. JAMA. 1991. Vol. 266. № 13. Pp. 1831—1832. doi:10.1001/jama.1991.03470130111039.

- Bikker A.P., Mercer S.W., Reilly D.A.* A pilot prospective study on the consultation and relational empathy, patient enablement, and health changes over 12 months in patients going to the Glasgow Homoeopathic Hospital. *J Altern Complement Med.* 2005. Vol. 11. № 4. Pp. 591—600.
- Bond M.R.* Patients' experience of pain. *Pharmacol Ther.* 1981. Vol. 12. № 3. Pp. 563—573.
- Branch W.T., Malik T.K.* Using 'Windows of Opportunities' in Brief Interviews to Understand Patients' Concerns. *JAMA.* 1993. Vol. 269. № 13. Pp. 1667—1668. doi:10.1001/jama.1993.03500130081036.
- Butow P.N., Brown R.F., Cogar S., Tattersall M.H., Dunn S.M.* Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues. *Psychooncology.* 2002. Vol. 11. № 1. Pp. 47—58.
- Carmel S., Glick S.M.* Compassionate-empathic physicians: personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern. *Soc Sci Med.* 1996. Vol. 43. № 8. Pp. 1253—1261.
- Chen D., Lew R., Hershman W., Orlander J.* A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med.* 2007. Vol. 22. № 10. Pp. 1434—1438.
- Costa P., Magalhaes E., Costa M.J.* A latent growth model suggests that empathy of medical students does not decline over time. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2013. Vol. 18. № 3. Pp. 509—522. doi: 10.1007/s10459-012-9390-z.
- Cook S.* *Second Life* / New York: Simon and Schuster, 1981.
- DeValck C., Bensing J., Bruynooghe R., Batenburg V.* Cure-oriented versus care-oriented attitudes in medicine. *Patient Education and Counseling.* 2001. Vol. 45. Pp. 119—126.
- Eley D.S., Brooks K.D., Zink T., Cloninger C.R.* Personality profiles of rural longitudinal integrated clerkship students who choose family medicine. *Fam Med.* 2015. Vol. 47. № 3. Pp. 194—203.
- Engel G.L.* The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977. Vol. 196. № 4286. Pp. 129—135.
- Everson N., Levett-Jones T., Lapkin, Pitt V., van der Riet P., Rossiter R., Jones D., Gilligan C., Courtney-Pratt H.* Measuring the impact of a 3D simulation experience on nursing students' cultural empathy using a modified version of the Kiersma-Chen Empathy Scale. *J Clin Nurs.* 2015. Vol. 16. doi: 10.1111/jocn.12893
- Ford S., Fallowfield L., Lewis S.* Can oncologists detect distress in their out-patients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations? *Br J Cancer.* 1994. Vol. 70. № 4. Pp. 767—770.
- Gleichgerrcht E., Decety J.* Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender and experience moderate empathic concern, burnout and emotional distress in physicians. *PLoS ONE.* 2003. Vol. 8. № 4.
- Gleichgerrcht E., Decety J.* The relationship between different facets of empathy, pain perception and compassion fatigue among physicians. *Front Behav Neurosci.* 2014. Vol. 8. P. 243. doi: 10.3389/fnbeh.2014.00243.
- Gowans M.C., Glazier L., Wright B.J., Brenneis F.R., Scott I.M.* Choosing a career in psychiatry: factors associated with a career interest in psychiatry among Canadian students on entry to medical school. *Can J Psychiatry.* 2009. Vol. 54. № 8. Pp. 557—564.
- Haslam N.* Dehumanization: an integrative review. *Pers Soc Psychol Rev.* 2006. Vol. 10. № 3. Pp. 252—264.

- Haque O.S., Waytz A.* Dehumanization in medicine: causes, solutions, and functions. *Perspect Psychol Sci.* 2013. Vol. 7. № 2. Pp. 176—186.
- Heaven C.M., Maguire P.* Disclosure of concerns by hospice patients and their identification by nurses. *Palliat Med.* 1997. Vol. 11. № 4. Pp. 283—290.
- Hojat M., Loius D., Markham F., Wender R., Rabinowitz C., Gonnella J.* Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine.* 2011. Vol. 86. № 3. Pp. 359—364.
- Hojat M., Mangione S., Nasca T.J., Rattner S., Erdmann J.B., Gonnella J.S., Magee M.* An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ.* 2004. Vol. 38. № 9. Pp. 934—941.
- Hojat M., Vergare M., Maxwell K., Brainard G., Herrine S., Isenberg G., Veloski J., Gonnella J.* The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine.* 2009. Vol. 84. № 9. Pp. 1182—1191.
- Kennifer S.L., Alexander S.C., Pollak K.I., Jeffreys A.S., Olsen M.K., Rodriguez K.L., Arnold R.M., Tulsy J.A.* Negative emotions in cancer care: do oncologists' responses depend on severity and type of emotion? *Patient Educ Couns.* 2009. Vol. 76. № 1. Pp. 51—56. doi: 10.1016/j.pec.2008.10.003.
- La Monica E.L., Wolf R.M., Madea A.R., Oberst M.T.* Empathy and nursing care outcomes. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice.* 1987. Vol 1. № 3. Pp. 197—213.
- Lebowitz M.S., Ahn W.* Effects of biological explanations for mental disorders on clinicians' empathy. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America.* Available at: <http://www.pnas.org/content/111/50/17786.abstract> (accessed: 12.07.2015).
- Levinson W., Gorawara-Bhat R., Lamb J.* A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA.* 2000. Vol. 284. № 8. Pp. 1021—1027.
- Linn L.S.* Care vs. cure: How the nurse practitioner views the patient. *Nursing Outlook.* 1974. Vol. 22. Pp. 641—644.
- Madjar I.* Pain as embodied experience: a phenomenological study of clinically inflicted pain in adult patients: a thesis presented in partial fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Nursing at Massey University. Massey University. 1991.
- McKenna L., Boyle M., Brown T., Williams B., Molloy A., Lewis B., Molloy L.* Levels of empathy in undergraduate midwifery students: an Australian cross-sectional study. *Women and Birth.* 2008. Vol. 24. Pp. 80—84.
- Morse D.S., Edwardsen E.A., Gordon H.S.* Missed opportunities for interval empathy in lung cancer communication. *Arch Intern Med.* 2008. Vol. 168. № 17. Pp. 1853—1858.
- Morse J.M., Bottorff J., Anderson G., O'Brien B., Solberg S.* Beyond empathy: expanding expressions of caring. *J Adv Nurs.* 1992. Vol. 17. № 7. Pp. 809—821.
- Morse J.M., Mitcham C., van Der Steen W.J.* Compathy or physical empathy: implications for the caregiver relationship. *Journal of Medical Humanities.* 1998. Vol. 19. № 1. Pp. 51—65.
- Neumann M., Edelhauser F., Tauschel D., Fischer M.R., Wirtz M., Woopen C.* Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and

- residents. *Acad. Med.* 2011. Vol. 86. Pp. 996—1009. doi:10.1097/acm.0b013e318221e615.
- Novak D.H.* Therapeutic aspects of the clinical encounter. *J Gen Intern Med.* 1987. Vol. 2. Pp. 346—355.
- Paro H.B.M.S., Silveira P.S.P., Perotta B., Gannam S., Enns S.C.* Empathy among medical students: is there a relation with quality of life and burnout? *PLoS ONE.* 2014. Vol. 9. № 4. doi:10.1371/journal.pone.0094133.
- Pollak K.I., Arnold R.M., Alexander S.C., Jeffreys A.S., Olsen M.K., Abernethy A.P., Rodriguez K.L., Tulskey J.A.* Do patient attributes predict oncologist empathic responses and patient perceptions of empathy? *Support Care Cancer.* 2010. Vol. 18. № 11. Pp. 1405—1411. doi: 10.1007/s00520-009-0762-8.
- Pollak K.I., Arnold R.M., Jeffreys A.S., Alexander S.C., Olsen M.K., Abernethy A.P., Skinner C.S., Rodriguez K.L., Tulskey J.A.* Oncologist communication about emotion during visits with Patients with advanced cancer // *Journal of clinical oncology.* 2007. Vol. 25. №. 36. Pp. 5748—5752.
- Rakel D.P., Hoefl T.J., Barrett B.P., Chewing B.A., Craig B.M., Niu M.* Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Fam Med.* 2009. Vol. 41. № 7. Pp. 494—501.
- Rosenhan D.L.* On being sane in sane places. *Science.* 1973. Vol. 179. Pp. 250—258.
- Smith A.C. III, Kleinman S.* Managing emotions in medical school: students' contacts with the living and the dead. *Social Psychology Quarterly.* 1989. Vol. 52. No. 1. Pp. 56—69.
- Stewart M.A.* What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Soc Sci Med.* 1984. Vol. 19. № 2. Pp. 167—175.
- Stilwell N.A., Wallick M.M., Thal S.E., Burlison J.A.* Myers-Briggs type and medical specialty choice: a new look at an old question. *Teach Learn Med.* 2000. Vol. 12. № 1. Pp. 14—20.
- Suchman A.L., Markakis K., Beckman H.B., Frankel R.* A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA.* 1997. Vol. 277. № 8. Pp. 678—682.
- Thomas M.R., Dyrbye L.N., Huntington J.L., Lawson K.L., Novotny P.J., Sloan J.A., Shanafelt T.D.* How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *J Gen Intern Med.* 2007. Vol. 22. № 2. Pp. 177—183.
- Zinn W.* The empathic physician. *Arch Intern Med.* 1993. Vol. 153. № 3. Pp. 306—312.

РЕШЕНИЕ ТВОРЧЕСКИХ ЗАДАЧ ДЕТЬМИ МЛАДШЕГО ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА КАК МОДЕЛЬ ПРЕОДОЛЕНИЯ ПРОБЛЕМНОЙ СИТУАЦИИ

В.К. ЗАРЕЦКИЙ, Т.М. ЧЕРНИКОВА

В статье приводятся результаты исследования мышления школьников с разной академической успеваемостью при решении творческой задачи. Проводится анализ таких характеристик мышления, как продуктивность, самостоятельность, организованность. Творческая задача рассматривается как модель проблемных ситуаций, которые могут возникать в других видах деятельности, в том числе, учебной. Обнаруженные закономерности, характеризующие особенности мышления в разных группах учащихся, предлагается использовать на практике как «ресурсы» и «мишени» в оказании консультативной психологической помощи учащимся младшего подросткового возраста в преодолении учебных трудностей.

Ключевые слова: проблемная ситуация, творческая задача, организация мышления, рефлексия, дети с трудностями в обучении, младший подростковый возраст, дети с высокой академической успеваемостью, психолого-педагогическая помощь.

В России за последнее время существенно возросло количество детей, испытывающих трудности в обучении. Как правило, эти дети нуждаются в индивидуальном подходе и помощи, так как обычно они не в состоянии самостоятельно справиться с учебными трудностями. Попытки оказать адресную и эффективную помощь детям привели к появлению такого специфического вида психолого-педагогической помощи, как консультирование по преодолению учебных трудностей [Зарецкий, 2013]. Эта помощь направлена на восполнение «дефицитов» мышления, которые не позволяют ребенку справиться с трудностью самостоятельно, но не в форме предметных подсказок, а в форме вмешательств, способствующих самоорганизации мышления и рефлексии ребенка [Познякова, 2013].

Возможность изучить особенности мышления детей в проблемной ситуации, разобраться в причинах затруднений и неспособности ребен-

ка самостоятельно их преодолеть дают творческие задачи — традиционный материал для изучения мышления в проблемной ситуации.

С нашей точки зрения в качестве аналога ситуации столкновения с учебной трудностью, т.е. проблемной ситуации, можно рассматривать именно творческие задачи, решая которые, испытуемые, как правило, испытывают серьезные трудности, а успешность их решения зависит от того, смогут ли они эти трудности преодолеть. Сходство ситуации столкновения с учебной трудностью и решения творческой задачи дополняется тем, что в обоих типах проблемных ситуаций от субъекта ее преодоления требуется осознание и изменение неадекватного способа действия, т.е. его рефлексивная перестройка [Зарецкий, 2013]. Поэтому исследование особенностей мышления детей в ситуации решения творческой задачи, по нашему предположению, может позволить понять, с чем связаны его затруднения в учебе, его ресурсы и дефициты мышления, а также, в какого рода помощи он нуждается.

Особенностью творческих задач, как экспериментального материала исследования мышления, является то, что они требуют минимальных знаний, следовательно, такие задачи доступны детям разного возраста. В то же время они вызывают значительные трудности как у детей, так и у взрослых. Таким образом, возможны сравнительные исследования на разных возрастных группах детей и в сопоставлении особенностей мышления детей и взрослых.

Данное исследование посвящено анализу особенностей мышления учащихся младшего подросткового возраста в сравнении со взрослыми, а также анализу и сравнению особенностей мышления у двух групп подростков: учащихся с трудностями в обучении и учащихся с высокой академической успеваемостью («отличников»).

Традиция отечественной психологии мышления богата различными подходами к исследованию и формированию мышления на материале решения творческих задач (А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, П.Я. Гальперин, Я.А. Пономарев, В.Н. Пушкин, А.М. Матюшкин, О.К. Тихомиров, К.А. Абульханова-Славская, А.В. Брушлинский, Д.Б. Богоявленская, Б.Д. Эльконин, Н.Г. Алексеев, И.Н. Семенов, В.К. Зарецкий и др.).

Объединение подходов к исследованию мышления как процесса и как деятельности — методологическое решение этой «задачи» было предложено Н.Г. Алексеевым и Э.Г. Юдиным (1971) — воплотилось в разработке концептуальной **схемы четырехуровневой организации мышления** [Семенов, 1976; Алексеев, Семенов, 1979; Зарецкий, Семенов, 1979]. В рамках данной схемы мышление стало рассматриваться как функциональная взаимосвязь четырех иерархически соподчиненных уровней — личностного, рефлексивного, предметного и операционального.

Данные уровни образуют две сферы мышления — содержательную (образованную предметным и операциональным уровнями) и смысловую (рефлексивный и личностный уровни). При этом смысловая сфера рассматривается как регулирующая по отношению к содержательной.

Функция операционального уровня — выработка схем действия и выполнение реализующих их операций по получению решения. Результатом «работы» операционального уровня является формулировка вариантов решения.

На предметном уровне складываются целостные предметные основания для получения ответа на основе понимания общего смысла и цели задачи. Результатом работы предметного уровня являются новые идеи операциональных ходов, возникающие в рамках сложившегося видения (модели) проблемной ситуации.

Функция рефлексивного уровня — осознание поискового движения в целом (контроль за процессом решения, осознание связей между различными предметными основаниями, средствами и результатами поиска). Результатом движения на рефлексивном уровне может стать изменения видения (модели, оснований поиска) проблемной ситуации.

Личностный уровень определяет (обеспечивает) отношение человека к задаче, экспериментальной ситуации в целом, к себе самому и к своей деятельности в ней. Движение на личностном уровне может оказывать как положительное, так и негативное влияние на ход поиска решения в целом.

Поскольку процесс решения творческой задачи сначала разворачивается в рамках неадекватных представлений, которые в какой-то момент внезапно изменяются (инсайт), то поиск решения сначала заходит в «тупик». Опираясь на переживание тупика и инсайта как два ключевых момента поиска, В.К. Зарецкий (1984) в процессе решения творческой задачи выделил следующие этапы:

1. Этап исчерпывания средств;
2. Движение в «блокаде»;
3. Реализация найденного верного принципа решения (третий этап имеет место только при верном решении задачи).

На первом этапе испытуемый движется в содержательном плане, пытаясь найти варианты решения. К концу происходит исчерпывание средств и наступает «блокада», где старые средства уже исчерпаны, а новых еще нет.

Второй этап — движение в «блокаде» — характеризуется (в случае верного решения) доминированием рефлексивно-личностного уровня. Заканчивается этот этап либо инсайтом (нахождением верного способа решения), либо отказом от решения задачи (неуспех).

Третий этап присутствует только в случае верного решения и заключается в его реализации. В случае неверного решения задачи этот этап отсутствует в связи с отказом от решения. В данном случае решение задачи для испытуемого теряет смысл [Зарецкий, 1984].

Однако напомним, что все эти исследования проводились на взрослых испытуемых, а не на детях. Поэтому исследование решения творческих задач детьми, представляет особый интерес, как в плане сравнения их мышления со взрослыми в проблемной ситуации, требующей творческого усилия, так и с точки зрения их способности самостоятельно преодолевать затруднения в деятельности. Еще раз подчеркнем, мы исходим из того, что анализируя процесс решения детьми творческой задачи, как модели сложной проблемной ситуации, мы сможем обнаружить дефициты и ресурсы детского мышления, чтобы использовать это знание в практической работе с детьми.

Поскольку в отношении учебной деятельности дети с трудностями в учебе и дети с высокой академической успеваемостью существенно различаются, то в наше исследование направлено, с одной стороны, на сопоставление особенностей мышления этих двух групп учащихся между собой, а с другой — на сравнение особенностей мышления подростков с мышлением взрослых испытуемых при решении творческих задач.

Разрешающая способность четырехуровневой схемы дает нам возможность сравнить характеристики мышления по таким показателям, как продуктивность, самостоятельность, структура, динамика мышления. Мы предположили, что по данным показателям у двух групп детей и у детей, как единой группы по сравнению со взрослыми, будут качественные различия по данным показателям.

Процедура проведения эксперимента. Для проведения эксперимента используются текст задачи, напечатанный на карточке, диктофон (для записи речевой продукции испытуемых), секундомер.

Испытуемым дается общая инструкция: «Решай задачу, думая вслух. Старайся высказывать все приходящие тебе в голову мысли, даже те, которые не относятся к решению. Читай и перечитывай текст задачи также вслух. Если твой ответ окажется неверным, я скажу тебе: «Это неверный ответ», и ты продолжишь решать задачу. Я знаю ответ задачи, но подсказывать тебе не имею права. Тебе дается ручка и листок, на котором ты можешь писать, чертить и рисовать. Время решения 30 минут. Все понятно?».

В процессе проведения эксперимента экспериментатор должен, по возможности, минимально вмешиваться в деятельность испытуемого: он может лишь

— подкреплять инструкцию на «думанье вслух»,

— оценивать решение как верное или неверное,
— побуждать испытуемого к продолжению поиска решения задачи в условиях блокады.

Наступление блокады диагностировалось нами с помощью двух методических критериев: отсутствие новизны в средствах содержательно-го движения и их обоснования; субъективное переживание истощенности возможных вариантов движения в предметном содержании [Зарецкий, 1984].

В проведенном нами эксперименте участвовали 2 группы испытуемых:

1. Дети (11—13 лет, 6—7 кл.) — отличники — 10 чел.

2. Дети (11—13 лет, 6—7 кл.) — дети с трудностями в обучении — 10 чел.

Критерии отбора. Отбор испытуемых в группу осуществлялся методом экспертной оценки: классный руководитель и готовый к сотрудничеству учитель-предметник совместно с экспериментатором составляли список детей, если ребенок, упомянутый в списке, соглашался, после личной беседы, участвовать в исследовании, он становился участником эксперимента.

Характеристика групп

Группа детей с трудностями в обучении

10 человек. Возраст детей 11—13 лет. В исследовании участвовали 6 мальчиков (2 из шестого класса, 4 — из седьмого) и 4 девочки (из седьмого класса). Дети, в основном, жаловались на трудности в освоении новой информации, усталость, плохую память и невнимательность, мотивационно-волевой дефицит: потерю смысла собственной деятельности («Зачем?»), «не могу себя заставить сесть за уроки», необъективное отношение со стороны некоторых учителей.

Группа детей-отличников

10 человек. Возраст детей 11—13 лет. В исследовании участвовали 4 мальчика (1 из шестого класса, 3 — из седьмого) и 6 девочек (2 из седьмого класса, 4 — из шестого). В эксперименте участвовало 7 «круглых» отличников (дети, с отличной успеваемостью практически по всем школьным предметам), 3 — отличника только по математике (по остальным предметам «4»).

Группа: взрослые

20 человек. Возраст испытуемых от 18 до 28 лет. Образование — высшее или незаконченное высшее (студенты). В исследовании приняли участие 8 мужчин и 12 женщин. Данные по взрослым испытуемым взяты из исследования проведенного В.К. Зарецким (1984). Для сравнения с «детскими сериями» была выбрана так называемая «длительная» серия, в которой взрослые испытуемые мотивировались на продолжение поиска. Это же условие сохранялось и в детских сериях.

Характеристика использованной в эксперименте задачи и организационных условий эксперимента

Во всех трех сериях испытуемым предъявлялась задача «Часы». Время решения у взрослых не ограничивалось, у детей было фиксированным — 30 минут (по истечении 30 минут эксперимент прекращался). Ограничение времени у детей были связаны с организационными условиями, в которых проводился эксперимент, т. к. на проведение эксперимента отводился один урок — 40 минут на 1 ребенка. Это время распределялось экспериментатором, следующим образом, 5 минут на вводную часть (объяснения ребенку целей и условий эксперимента, ознакомление с инструкцией), 30 минут, собственно, на процесс решения ребенком творческой задачи и 5 минут на завершение (устный самоотчет о ходе решения, о невербализованных мыслях и переживаниях, о впечатлениях в связи с выполнением задания), т. е. чистое время решения ребенком задачи составляло 30 минут.

Поскольку творческие задачи вызывают существенные трудности, то поле возможных ходов содержательного движения описывается «деревом решений» [К. Дункер, 1965]. Многие испытуемые с задачей не справляются, поэтому для анализа и сравнения их движения в содержании задачи важно наметить поле возможных ходов и вариантов решения как верного, так и ошибочных.

В рамках анализа экспериментальных данных мы используем классификацию типов решений Зарецкого, Семенова (1979), которые выделяют 7 типов решений: поверхностное, далекое, частичное тривиальное, близкое, точное и насильственное.

Поясним, что это значит.

«Ознакомление с текстом творческой задачи «Часы» («Часы отбивают 6 ударов за 6 секунд. Сколько времени уходит на 12 ударов?») может породить различные представления: о часах как механизме, о времени суток, об ударах, о бое часов, о секундах, о процедуре измерения времени с помощью часов; может возникнуть также латентное представление об интервалах как промежутках между ударами. При этом возникает интенция (направленность)

- 1) либо на «выдачу ответа сразу»,
- 2) либо на то, чтобы «подсчитать быстро»,
- 3) либо «измерить время от первого до двенадцатого удара».

Реализация первой интенции дает построение модели «удары как границы между суточными часами», а в качестве средства привлекается знание о часах как единице измерения информации о времени суток. Исходя из этого, испытуемые строят схему решения: «Принять число ударов за показатель времени суток и найти разницу». После выраже-

ния данных задачи через другие единицы — «6 уд. = 6 час. и 12 уд. = 12 час.» происходит операциональная реализация схемы, которая приводит к **«тривиальному» ответу**. При развитии второй интенции возникает модель «удар как граница между единицами измерения времени», а в качестве средства выступает пропорция; исходя из этого, строится схема реализации модели «найти X, решив пропорцию». Это ведет к соответствующим операциям: «12 уд. : 6 уд. = X с. : 6 с.» и, естественно, к ответу «12 секунд», который свидетельствует о так называемом **поверхностном типе решения** — по числу ударов.

В рамках поверхностной интенции могут появляться также **далекий и частичный типы решения**, которые получаются за счет дополнения исходной модели особым представлением о бое часов (как неравномерном) или о процедуре измерения (как начинающейся не с началом отсчета) и т.д. **Далекий** от верного **тип решения** получается тогда, когда решающий задачу субъект делает предметные ошибки и, следовательно, в свое решение включает неверные операции. **Частичным называется решение**, если ответ находится по числу интервалов (11 сек.). Незначительные ошибки в операциях при совершении действий в рамках верной модели приводят к решению, **близкому** к правильному. Верный ответ получается в результате точного решения. Направленность поиска здесь характеризуется третьей интенцией на измерение времени с первого до двенадцатого удара. При этом образуется целостная модель «удар как граница между интервалами», в качестве средства привлекается знание о том, что «время удара по сравнению с временем интервала — бесконечно малая величина, которой можно пренебречь». В таком случае строится следующая схема действия: «Определить длительность одного из интервалов и умножить на их общее число». Выполнение соответствующих операций ($6 \text{ с.} : 5 \text{ инт.} = 1,2 \text{ сек./инт.} * 11 \text{ инт.} = 13,2 \text{ с.}$) приводит к получению **точного решения**.

Описанный норматив и является тем эталоном, соотнесение с которым позволяет охарактеризовать продуктивную продвинутость поиска и создает предпосылки для качественного анализа функций речевых высказываний испытуемых при решении задачи вслух [Зарецкий, Семенов, 1979].

Как особый тип решений, выделяются **«насильственные решения»**, которые полностью определяются фантазией испытуемого, хотя формально удовлетворяют некоторым условиям задачи. Например, фантазия: «часы сломались и не отбивают время» приводит испытуемого к ответу 0 секунд. Нормативно описать эти решения невозможно, т.к. они являются «антинормативными», т.е. выходящими за рамки нормы (норматива).

Методика исследования представляет собой модификацию широко распространенного в психологии метода «думания вслух» (К. Дункер, 1965), разработанную на основе применения к творческим задачам метода нормативного анализа [Алексеев, Юдин, 1971; Семенов, 1976] и типологического анализа функций высказываний, вербализуемых испытуемыми в процессе решения задачи (Зарецкий, Семенов, 1979).

Метод «думания вслух» состоит: 1) в стимуляции испытуемого посредством инструкции и ее подкрепления в процессе эксперимента к максимально полной вербализации всего того, что «приходит в голову» в процессе работы над задачей; 2) в регистрации всей речевой продукции испытуемых и последующем ее анализе для соотнесения с тем или иным уровнем.

Описание результатов

Анализ протоколов проводился по трем основным показателям:

продуктивность (оценивалась по показателю наличия точного решения, а при его отсутствии по количеству и «качеству» предложенных вариантов решения,

самостоятельность (оценивалась по доле высказываний экспериментатора в общем объеме речевой продукции (чем меньше включается в процесс экспериментатор со своими репликами, тем выше самостоятельность мышления испытуемого),

организация мышления (путем соотнесения высказываний испытуемого с тем или иным уровнем и подсчета доли реплик каждого уровня).

Вначале мы провели первичную обработку протокола, где выделили и подсчитали количество предложенных детьми вариантов решений за отведенное время (подобную процедуру анализа делал еще К. Дункер), а также количество высказываний экспериментатора, чтобы затем после определения общего объема речевой продукции определить долю высказываний экспериментатора и оценить самостоятельность мышления испытуемых.

В плане продуктивности основной результат заключается в том, что ни в группе «отличников», ни в группе детей с трудностями в обучении, ни один испытуемый точного решения задачи не нашел. Т.е. 100 % детей решили задачу неверно.

В группе взрослых испытуемых 40 % решили задачу, 60 % предложили различные варианты решения (поверхностные, тривиальные, далекие, частичные, близкие, насильственные), но точного решения не нашли, т.е. с задачей не справились (данные по продуктивности представлены в табл. 1).

Таким образом, мышление подростков обеих групп, принявших участие в эксперименте по решению задачи «Часы», оказалось значительно менее продуктивным, чем мышление взрослых испытуемых.

Таблица 1

Данные по показателю продуктивности мышления у детей и взрослых

Группа испытуемых	Успешное решение, % испытуемых	Различные типы неверных решений, % испытуемых			
		Тривиальное решение	Далекое решение	Насильственное решение	Поверхностное решение
Отличники	0	100	80	20	100
Дети с трудностями	0	20	80	30	100
Все дети	0	60	80	25	100
Взрослые, успешно решившие задачу	40				

Прим. У испытуемых успешно решивших задачу, главным показателем продуктивности является наличие точного решения, поэтому данные по другим типам решения не приводятся.

В табл. 2 представлены данные по показателю самостоятельности мышления детей и взрослых, которых оценивался нами по доле высказываний экспериментатора в общем объеме речевой продукции, зафиксированной в протоколе.

Таблица 2

Данные по самостоятельности у детей и взрослых

Группа испытуемых	Доля реплик экспериментатора, %
Дети с высокой академической успеваемостью («Отличники»)	18
Дети с трудностями в обучении	20
Все дети	19
Взрослые, успешно решившие задачу	4
Взрослые, неверно решившие задачу	7
Все взрослые	6

Из табл. 2 видно, что доля реплик экспериментатора в 3—4 раза выше в протоколах решения задачи детьми, чем в протоколах взрослых, что указывает на значительно более низкую самостоятельность решения задачи детьми.

Обработка речевой продукции испытуемых должна была дать ответ на вопрос о том, найдет ли отражение значительно более низкая продуктивность и самостоятельность мышления детей по сравнению со взрос-

лыми в показателях структурной организации мышления, устанавливаемой по характеру распределения высказываний по четырем уровням: личностному, рефлексивному, предметному и операциональному.

Для этого мы провели обработку речевой продукции испытуемых, используя методику установления функций речевых высказываний и их принадлежности к тому или иному уровню [Зарецкий, Семенов, 1979]. Это дает возможность сравнить характер распределения речевых высказываний по уровням сопоставить особенности организации мышления у каждой из групп испытуемых. Данные по структуре уровневой организации процесса мышления у испытуемых приведены табл. 3.

Таблица 3

Показатели организации мышления при решении задач у детей и взрослых

Группа	Вид решения	Количество решений (в %)	Показатель организации				
			операциональные	предметные	рефлексивные	личностные	экспериментатор
Дети с трудностями в обучении	Успешное	0					
	Неверное	100	17	14	24	25	20
Дети (отличники по математике)	Успешное	0					
	Неверное	100	17	19	18	28	18
Дети (все, 100 %)	Успешное	0					
	Неверное	100	17	17	21	27	19
Взрослые (длительная)	Успешное	40	24	20	46	6	4
	Неверное	60	14	31	39	9	7

Первое, что обращает на себя внимание в таблице 3, как уже указывалось при анализе показателей продуктивности и самостоятельности, отсутствие успешных решений у детей (0 %) и значительно более высокий процент высказываний экспериментатора, что, как мы отмечали выше, можно проинтерпретировать как низкую самостоятельность мышления. Количество высказываний экспериментатора в обеих группах детей существенно выше, чем в группе взрослых, и составляет у «трудных» детей 20 %, у отличников — 18 %, а в среднем 19 %, тогда как у «успешных» взрослых — 4 %, а у «неуспешных» — 7 %. Как видим, у взрослых активность экспериментатора минимальна (у «успешных» 4 %, у неуспешных чуть больше 7 %).

Содержательный анализ высказываний экспериментатора показывает, что он действует в рамках инструкции, т.е. дает оценку предложенным решениям, поддерживает инструкцию на «думание вслух» и мотивирует на дальнейший поиск. Большая часть высказываний экспериментатора, за счет которых и возрастает доля его реплик в общем объеме речевой продукции в детских протоколах, связана именно с поддержанием продолжения поиска и «вынужденным» общением с испытуемыми. Без этих включений экспериментатора дети просто отказались бы решать задачу до истечения отведенного времени. У взрослых в ситуации затруднения, особенно на этапе движения в блокаде, экспериментатор тоже оказывал такого рода поддержку испытуемым, но это приходилось делать значительно реже, и подобные включения экспериментатора были скорее исключением, чем правилом.

Пропорциональное повышение показателя личностного уровня (вместе с показателем высказываний экспериментатора) у детей указывает на то, что в ситуации затруднения дети пытаются общаться, обращаются за помощью к экспериментатору (вопреки инструкции).

Следующее бросающееся различие между группами можно зафиксировать в доле высказываний рефлексивного уровня. По сравнению с взрослыми, этот показатель у детей в 2—2,5 раза ниже.

Доля рефлексивных высказываний в группе детей с трудностями в обучении составляет 24 %, что выше, чем в группе отличников (18 %) и в целом, по группе детей (21 %) на 6 % и 3 %, соответственно, но существенно ниже, чем у взрослых, где аналогичные показатели составляют: 46 % у «успешных» взрослых и 39 % у «неуспешных». Таким образом, мы можем заметить, что у детей с трудностями в обучении рефлексивный уровень более функционально нагружен, чем у отличников, т.е. они пытаются отразить свои действия, но делают это недостаточно эффективно, их показатель явно «не дотягивает» даже до уровня «неуспешных» взрослых, не говоря уже об уровне взрослых «успешных». У отличников с включенностью рефлексии дело обстоит ещё хуже, их показатель на 6 % ниже, чем у детей с трудностями в обучении, хотя формально движение этой группы детей в содержании задачи было более продуктивным: ими получено большее разнообразие ответов, у них выше процент тривиальных решений. Во взрослых группах рефлексивный уровень является доминирующим, причем если у «неуспешных» взрослых это 39 % от всего объема речевой продукции, то у взрослых «успешных» уже 46 %, т.е. почти половина реплик протокола принадлежат к рефлексивному уровню, который является ведущим в структуре мышления у обеих групп взрослых.

Личностный уровень у испытуемых-детей является доминирующим: у детей с трудностями в обучении доля этих высказываний 25 %, у от-

личников — 28 %, в целом по 2 группам детей 27 %, что сильно превышает показатели как взрослых, справившихся с задачей (6 %), так и взрослых, не решивших задачу (9 %). Мы видим, что четверть всех высказываний детей с трудностями в обучении — это высказывания личностного уровня, значение этого показателя в несколько раз превышает аналогичные показатели взрослых испытуемых, что отражает вовлеченность ребенка в процессы оценки собственной личности и общения, заметим, что отличники вовлечены в этот процесс сильнее детей с трудностями в обучении, т.к. у них этот показатель выше.

Подводя итог рассмотрению показателей смысловой сферы (рефлексивного и личностного уровня) мы можем сказать, что хотя количественно содержание смысловых высказываний у детей и взрослых примерно сходно движение в смысловой сфере у детей и взрослых различается качественно. У взрослых движение осуществляется за счет рефлексивного уровня (у «успешных» в большей степени, чем у «неуспешных»). Высокая активность рефлексивного уровня у взрослых означает, что в ситуации, когда предлагаемые ими решения отвергаются экспериментатором, они стараются осознать и изменить неадекватные основания собственного мышления, что приводит к появлению новых вариантов решения. Точное (успешное) решение, как показывает сравнительный анализ протоколов успешного и неверного решения возникает именно из такого рефлексивного усилия [Зарецкий, 1984, 2014]. У детей же движение осуществляется за счет личностного уровня. Причем, если у детей с трудностями в обучении движение осуществляется на паритетных основаниях между рефлексивным и личностным уровнем (разница между долей личностных и рефлексивных высказываний 1 %), т.е. они в одинаковой степени пытаются рефлексировать, общаться и лично переживать, то у отличников этот баланс смещен в сторону личностного уровня (разница 10 % в пользу личностного уровня). Содержательный анализ высказываний показывает, что у этих детей доминирует неконструктивное личностное переживание.

Что касается высказываний операционального уровня в обеих группах испытуемых-детей одинаково и составляет 17 %, что на 3 % выше, аналогичного показателя в группе взрослых, не решивших задачу (в этой группе он составляет 14 %), но на 7 % ниже, чем в группе взрослых успешно решивших задачу, где он составляет 24 %. Как мы видим, из показателей операционального уровня у детей с трудностями в обучении сформированность исполнительских навыков (в частности, навыка счета) у этих детей ничуть не хуже чем у отличников, т.е. нельзя сказать, что дети с учебными трудностями не решили задачу из-за того, что они плохо считают. Более того, мы можем сказать, что, пытаясь оттянуть момент наступления блокады, все дети (и отличники, и дети с

трудностями в обучении) с большим энтузиазмом, чем взрослые, складывают, вычитают, умножают и делят числа, данные в условии задачи (показатели детей 17 %, а «неуспешных» взрослых — 14 %). Но возможности движения в рамках репродуктивного процесса (поверхностной и тривиальной интенций) очень быстро исчерпываются, и скоро детям (в отличие от «успешных» взрослых, нашедших принцип верного решения; у которых 24 %) считать становится просто нечего.

На предметном уровне подобного единодушия среди испытуемых детей мы не наблюдаем, здесь показатель у детей с трудностями в обучении — 14 %, что на 5 % ниже, чем у отличников (19 %), что при объединении групп детей дает нам среднее — 17 %, полученные в «детских» группах показатели ниже аналогичных у взрослых: в группе «успешных» 20 % и 31 % в группе «неуспешных», т.е. у детей с трудностями этот показатель ниже на 6 и на 17 %, у отличников на 1 и 11 %, а в целом, по объединенной группе детей на 3 % и на 14 %, соответственно. Заметим, что показатель предметного уровня у детей с трудностями в обучении, самый низкий из всех структурных показателей, т.е. почему-то эти дети менее склонны разбираться в предметном содержании задачи, в отличие, например, от отличников, которые по этому показателю вплотную приближаются к «успешным» взрослым, но с наибольшим удовольствием в хитросплетениях условия задачи «копаются», конечно же, «неуспешные» взрослые, они настолько увлечены работой с предметным содержанием задачи, что это мешает им отрефлексировать свои действия.

В целом, рассматривая показатели операционального и предметного уровней, мы видим, что замеченное нами при первичном анализе, снижение продуктивности содержательного движения у детей с трудностями в обучении происходит за счет предметного, а не операционального уровня, у отличников же доля предметных высказываний выше, дети-отличники охотней исследуют предметное содержание задачи, они по этому показателю ближе всех к «эталону» (показателю группы взрослых «успешных» испытуемых). Что касается взрослых групп, то различия между ними несложно проинтерпретировать: у взрослых, решивших задачу, больше операционных высказываний, им есть что считать, они реализуют принцип верного решения, а у нерешивших — больше предметных, они «углубляются» в предметное содержание задачи, но остаются при этом скованными ошибочной моделью поиска, которая не становится предметом рефлексии.

Из представленных в табл. 3 данных мы видим, что структура уровневой организации мышления существенно различается не только у детей и взрослых, но и внутри группы детей: у отличников и у детей с трудностями в обучении.

Анализ и обсуждение результатов

Итак, если емко охарактеризовать полученные результаты, то они следующие.

1. В группе детей успешных решений задачи не было ни одного, тогда как у взрослых — 40 % справились с задачей.

2. Для обеих групп детей характерна крайне низкая (по сравнению со взрослыми) самостоятельность мышления.

3. В структуре мышления у взрослых доминирующим является рефлексивный уровень, у детей — личностный (в обеих группах).

4. Функциональное участие рефлексивного уровня в работе мышления существенно снижено у детей по сравнению со взрослыми.

5. Отличия между группами детей указывают на то, что в проблемной ситуации, у детей с трудностями в обучении ослаблено движение на содержательном уровне и более выражено движение на рефлексивном, а у отличников — более выражено движение на предметном уровне и на личностном, а движение на рефлексивном уровне ослаблено по сравнению с личностным уровнем.

Далее мы позволим себе обобщить полученные факты и обозначить некоторые наметившиеся тенденции.

Ни один исследованный нами ученик (в рамках отведенных на эксперимент 30 минут) задачу так и не решил. Напомним, что в группе взрослых испытуемых с задачей успешно справились 40 % испытуемых. Что помешало детям верно решить задачу? Первое, что приходит на ум — это недостаток времени. Но это не так, потому что: а) среднее время работы над задачей у взрослых составляет 24 минуты, а среднее время достижения успешного решения — 17 минут. Т.е. теоретически предложенную задачу можно было решить за полчаса; б) если бы причиной «нерешения» был недостаток времени, то верное решение «пришло» бы отсрочено, чего с испытуемыми-детьми не произошло, этот факт был выявлен на итоговой групповой встрече с детьми, которая проводилась спустя 2 недели (для отличников) и спустя месяц (для детей с трудностями в обучении) после проведения эксперимента. На встрече выяснилось, что только одна девочка-отличница решила задачу, и то не самостоятельно. По каким причинам происходит это, мы можем лишь предполагать, возможно, причина такого поведения страх, тревога, беспокойство, а может низкий уровень уверенности в себе и самооценки, ориентация на внешнюю оценку своей деятельности. В пользу второго, по нашему мнению, свидетельствует огромное количество высказываний личностного уровня, преимущественно, самооценочных и коммуникативно-направленных, т.е. значение показателя личностного уровня у детей с трудностями в обучении — 25 % складывается из 15 % само-

оценочных высказываний, 8,5 % — высказываний по общению и всего лишь 1,5 % функционально других высказываний. Но проверить это предположение до конца, в рамках данного исследования, мы, к сожалению, не можем.

Заметим, что пропорционально шкале личностного уровня возросла также, по сравнению с группами взрослых, и шкала высказываний экспериментатора, т.е. интенсивность коммуникации в паре «испытуемый-экспериментатор» в «детских» группах намного выше, чем у взрослых. Почему? Это уже другой вопрос. Возможно, эта склонность к диалогу, проявление тактики экспериментатора, который должен был подбадривать детей и мотивировать их к продолжению поиска в условиях блокады, но, напомним, что экспериментатор работавший со взрослыми придерживался той же тактики, а доля его высказываний не превышает 7 %. Быть может, из-за особенностей самооценки, детей приходилось чаще подбадривать и экспериментатор был вынужден чаще включаться, а может испытуемые-дети пытались найти внешнюю опору во мнении, оценке экспериментатора, возложить на него ответственность за процесс решения задачи: «Вы скажите мне, как правильно, а я — сделаю». Тогда получается, что была попытка превратить процесс решения задачи из почти автономного, монологического с редкими вкраплениями реплик экспериментатора в диалогический, т.е. свести процесс творческого поиска к банальной игре в «Горячо-холодно» с экспериментатором.

Есть и другое объяснение, почему доля высказываний экспериментатора в группах испытуемых-детей так высока: запрашивая помощь экспериментатора, испытуемый старается компенсировать у себя дефицитарность того или иного уровня. Чаще всего это случается, когда «выпадает» рефлексивный уровень, т.е. испытуемых с предметного или операционального уровня перескакивает сразу на личностный, минуя уровень рефлексивный. Справедливо ли это наблюдение и объяснение в нашем случае? Мы действительно видим, показатель рефлексивного уровня у детей намного ниже, чем у взрослых.

У детей с трудностями в обучении больше переходов из содержательной сферы на рефлексивный уровень, это означает, что они при затруднении пытаются рефлексировать собственные действия. А дети-отличники — сразу начинают переживать неуспех, вместо того, чтобы попытаться отрефлексировать. Т.е. дети с трудностями пытаются компенсировать дефицит знаний и навыков обращением к рефлексии, а уже «рефлексивный дефицит» порождает переживание, о чем свидетельствует высокая активность личностного уровня. Общий же регуляторный дефицит восполняется активностью экспериментатора. У отличников другая реакция на затруднение: сначала мобилизация зна-

ний и навыков, потом — сильное переживание. Рефлексия как ресурс преодоления затруднения никак себя не проявляет. Возникает общий регуляторный дефицит, который компенсируется активностью экспериментатора.

Мы также можем предположить, что дети с трудностями в обучении чаще при затруднении обращаются к рефлексии. Почему? Как нам видится, из-за специфики существования этой категории детей в школе. В тех учебных задачах, где отличник может довольствоваться репродуктивным мышлением, воспроизводя заученные, отработанные схемы, ребенок с трудностями в обучении из-за недостатка знаний, умений и навыков, в большинстве случаев, вынужден мыслить продуктивно, решая обычную учебную задачу как творческую.

Чтобы лучше понять различия в показателя рефлексивного уровня, которые отмечены нами во всех группах испытуемых, мы использовали еще один показатель, характеризующий контрольную и конструктивную функции рефлексивного уровня, т.е. «обслуживает ли» рефлексия текущее движение в предметном содержании (контрольная функция) или же работе на перестройку хода решения (конструктивная функция) [Зарецкий, Семенов, Степанов, 1980]. Для этого подсчитывается количество каждого из типов высказываний, общее количество рефлексивных высказываний принимается за 100 %, а соотношение количества высказываний, выражающих контрольную функцию, и высказываний, выражающих конструктивную функцию, дает нам возможность оценить конструктивность рефлексии. Вычитая из 100 % долю высказываний, отражающих контрольную функцию, получаем показатель конструктивности рефлексии. Эти данные по двум группам детей и двум группам взрослых (успешно решивших задачу и не решивших ее) представлены в табл. 4.

Таблица 4

Конструктивность рефлексии

Группа	Вид решения	Количество решений (в %)	Показатель конструктивности рефлексии (в %)
Дети с трудностями в обучении	Успешное	0	29
	Неверное	100	
Дети (отличники по математике)	Успешное	0	29
	Неверное	100	
Дети — все (100 %)	Успешное	0	29
	Неверное	100	
Взрослые (Длительная)	Успешное	40	38
	Неверное	60	29

Мы видим, что конструктивность рефлексии у обеих групп детей одинакова, соответствует конструктивности рефлексии взрослых, не решивших задачу, и на 9 % ниже аналогичного показателя «успешных» взрослых. Т.е., по сравнению с успешными взрослыми, рефлексия у детей недостаточно конструктивна, чтобы обеспечить перестройку поиска и нахождение решения задачи. Мы видим, что вклад личностного уровня в рефлексивно-личностную регуляцию деятельности у детей гораздо весомее, чем рефлексивного. Но такой «перевес» личностного уровня, означает, что по сравнению со взрослыми дети в проблемной ситуации скорее склонны к неконструктивному личностному переживанию, чем к рефлексии.

В этом отношении процессы мышления у обеих групп детей — с трудностями в обучении и отличников — являются сходными.

Выводы

На основании анализа результатов эксперимента можно сделать следующие **выводы**:

1. Характеристики процесса мышления при решении творческих задач у обеих групп детей (группы с трудностями в обучении и группы с высокой академической успеваемостью), качественно отличаются от аналогичных характеристик у взрослых. У детей:

- качественно более низкая продуктивность мышления;
- качественно более низкая самостоятельность мышления;
- дефицитарность движения в содержании задачи;

качественные отличия в рефлексии (высказываний рефлексивного уровня значительно меньше, и рефлексивный уровень не является ведущим в регуляции мышления, снижена конструктивная функция рефлексии);

качественное отличие в активности личностного уровня, что указывает на доминирование **переживания** в структуре регуляции мышления.

2. Различия между детьми с трудностями в обучении и детьми с высокой академической успеваемостью проявились в способе реагирования на затруднения, возникающие при решении задачи. Дети с трудностями в обучении менее склонны при затруднении углубляться в предметное содержание задачи и более склонны реагировать на затруднение рефлексивно (т.к. рефлексия у них частично компенсирует дефицит знаний, умений и навыков).

3. Дети с высокой академической успеваемостью при решении творческих задач в большей степени проявляют склонность к репродуктивному мышлению, они чаще воспроизводят заученные схемы и приемы, чем придумывают что-то своё, новое. Имея положительный опыт в ре-

шении учебных задач и достаточно высокий уровень самооценки, эти дети гораздо смелее, увереннее и полнее реализуют высказанные идеи и проверяют свои гипотезы. Но, попадая в ситуацию блокады, которую они воспринимают как ситуацию личного неуспеха, отличники обнаруживают большую ранимость.

4. Общие отличия объединенной группы детей от взрослых в целом совпадают с отличиями детей с трудностями в обучении, что связано с общностью механизмов мышления, работающих в проблемной ситуации. Отличия между двумя группами детей есть, но сходства больше, т.к. эти механизмы не обеспечивают мобилизации интеллектуальных ресурсов детей, не обеспечивают продуктивную работу мышления в проблемной ситуации, не включают рефлексию, как основной механизм преодоления затруднения, запускают процесс переживания проблемной ситуации, а не конструктивной перестройки организации мышления.

Таким образом, мы можем предположить, что психолого-педагогическая помощь необходима детям как с низкой академической успеваемостью, которые признаются «проблемными», так и детям с высокой академической успеваемостью, которые считаются «успешными и благополучными» в школьной среде. Только мишени этой помощи различаются.

Для детей с трудностями в обучении мишенями помощи являются развитие самостоятельности, культуры движения в предметном содержании, понимания границы между знанием и незнанием, уверенности в том, что лежи в области «знаемого». Ресурсом является рефлексия, точнее готовность задумываться о способах своей деятельности и делать их предметом анализа. Но сама культура рефлексии, особенно конструктивной, также является одной из основных мишеней работы.

Для детей с высокой академической успеваемостью мишенями помощи являются переживание проблемной ситуации, изменение отношение к ней как к ситуации личностной несостоятельности, совладание с тенденцией к эмоциональному реагированию на затруднение, развитие культуры рефлексии содержательного затруднения. Ресурсом является их более высокая самостоятельность мышления, уверенность в своих знаниях, но готовность их «усомневать» и пересматривать также относится к одной из основных мишеней, как компонент культуры рефлексии.

Напрашивается общий вывод: такой вид психолого-педагогической помощи, как консультирование по процессу преодоления учебных трудностей, является крайне необходимым и востребованным в школе. Соответствующая подготовка педагогов-психологов и создание организационной основы для такой работы, по нашему предположению, могло бы способствовать не только интеллектуально-личностному развитию детей, но и повышению их академической успеваемости.

ЛИТЕРАТУРА

- Алексеев Н.Г., Юдин Э.Г.* О психологических методах изучения творчества // Проблемы научного творчества в современной психологии творчества. М., 1971. С. 151—203.
- Алексеев, Н.Г., Семенов И.Н.* Уровни познавательной деятельности при решении творческих задач // Новые исследования в психологии. 1979. № 2. С. 3—7.
- Дункер К.* Качественное (экспериментальное и теоретическое) исследование продуктивного мышления. Психология продуктивного (творческого) мышления / Психология мышления. М., 1965. С. 21—86.
- Зарецкий В.К.* Динамика уровневой организации мышления при решении творческих задач. Автореф.дисс... канд.психол.н., 1984.
- Зарецкий В.К.* Если ситуация кажется неразрешимой.../ М.: Форум. 2014. 64 с.
- Зарецкий В.К.* Становление и сущность рефлексивно-деятельностного подхода в оказании консультативной психолого-педагогической помощи // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 2. С. 8—37.
- Зарецкий В.К., Семенов И.Н.* Логико-психологический анализ продуктивного мышления при дискурсивном решении задачи // Новые исследования в психологии. 1979. № 1. С. 3—8.
- Зарецкий В.К., Семенов И.Н., Степанов С.Ю.* Рефлексивно-личностный аспект формирования решения творческих задач // Вопросы психологии. 1980. № 5. С. 112—117.
- Познякова С.А.* Сравнительный анализ подсказки и помощи по процессу в преодолении учебных трудностей с позиции рефлексивно-деятельностного подхода // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 2. С. 149—177.
- Семенов И.Н.* Опыт деятельностного подхода к экспериментально-психологическому исследованию мышления на материале решения творческих задач / Тр. ВНИИТЭ. Эргономика. Вып.10. М. 1976. С. 148—188.

SOLVING CREATIVE TASKS BY THE TEENAGERS AS A MODEL OF OVERCOMING PROBLEM SITUATION

V.K. ZARETSKII, T.M. CHERNIKOVA

The article presents the results of a study of pupils' cognition with varying academic progress during solving creative problems. There are analyses of the characteristics of such cognitions as productivity, independence, self-discipline. Creative problem is considered as a model of problem situations that may appear in other activities, including education. Observed regularities characterizing features of cognition in different groups of pupils are encouraged to use in practice as "resources" and "targets" in the counseling psychological support pupils of medium school in overcoming educational difficulties.

Keywords: problem situation, creative problem, cognitive organization, reflection, pupils with educational difficulties, pupils of medium school, pupils with high academic progress, psycho-pedagogical support.

- Alekseev N.G., Iudin E.G.* O psikhologicheskikh metodakh izucheniia tvorchestva / Problemy nauchnogo tvorchestva v sovremennoi psikhologii tvorchestva. Moscow, 1971. Pp. 151—203.
- Alekseev, N.G., Semenov I.N.* Urovni poznavatel'noi deiatel'nosti pri reshenii tvorcheskikh zadach. Noveye issledovaniia v psikhologii. 1979. № 2. Pp. 3—7.
- Dunker K.* Kachestvennoe (eksperimental'noe i teoreticheskoe) issledovanie produktivnogo myshleniia. Psikhologiiia produktivnogo (tvorcheskogo) myshleniia / Psikhologiiia myshleniia. Moscow, 1965. Pp. 21—86.
- Zaretskii V.K.* Dinamika urovnevoi organizatsii myshleniia pri reshenii tvorcheskikh zadach. Avtoref.diss... kand.psikhol.n., 1984.
- Zaretskii V.K.* Esli situatsiia kazhetsia nerazreshimoi.../ Moscow: Publ. "Forum". 2014. 64 p.
- Zaretskii V.K.* Stanovlenie i sushchnost' refleksivno-deiatel'nostnogo podkhoda v okazanii konsul'tativnoi psikhologo-pedagogicheskoi pomoshchi. Konsul'tativnaia psikhologiiia i psikhoterapiia. 2013. № 2. Pp. 8—37.
- Zaretskii V.K., Semenov I.N.* Logiko-psikhologicheskii analiz produktivnogo myshleniia pri diskursivnom reshenii zadachi. Noveye issledovaniia v psikhologii. 1979. № 1. Pp. 3—8.
- Zaretskii V.K., Semenov I.N., Stepanov S.Iu.* Refleksivno-lichnostnyi aspekt formirovaniia resheniia tvorcheskikh zadach. Voprosy psikhologii. 1980. № 5. Pp. 112—117.
- Pozniakova S.A.* Sravnitel'nyi analiz podskazki i pomoshchi po protsessu v preodolenii uchebnykh trudnostei s pozitsii refleksivno-deiateel'nostnogo podkhoda // Konsul'tativnaia psikhologiiia i psikhoterapiia. 2013. № 2. Pp. 149—177.
- Semenov I.N.* Opyt deiatel'nostnogo dokhoda k eksperimental'no-psikhologicheskomu issledovaniiu myshleniia na materiale resheniia tvorcheskikh zadach / Tr. VNIITE. Ergonomika. Vyp.10. Moscow, 1976. Pp. 148—188.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ТЕРАПИИ

В.В. СТРЕЛЬЦОВ, Н.В. ЗОЛотоВА, Г.В. БАРАНОВА,
А.А. АХТЯМОВА

Статья посвящена актуальным вопросам психологической реабилитации больных туберкулезом легких и обобщает практический опыт авторов в создании психологической службы во фтизиатрической клинике. В статье делается акцент на специфике психологической помощи на этапе продолжения противотуберкулезной терапии в условиях стационара. Изложены теоретико-методологические основания, принципы и задачи проводимой психологической работы. В представленной модели психологической реабилитации учитываются особенности организации лечебного процесса во фтизиатрии, а также выявленные в результате клинико-психологических исследований специфические особенности реагирования и интерперсональных отношений больных туберкулезом легких. Обосновывается необходимость организации специальных психокоррекционных программ, направленных на преодоление преморбидных элементов системы отношений, которые рассматриваются как психологические факторы риска возникновения туберкулезного процесса и его рецидивов.

Ключевые слова: туберкулез легких, психологическая реабилитация, преморбидные характеристики личности, система отношений, терапевтические мишени.

По оценке специалистов, в настоящее время туберкулез является одной из самых актуальных проблем российского здравоохранения, эпидемическая ситуация по туберкулезу продолжает оставаться напряженной [Сухова, Почанин, 2010]. Неблагоприятными прогностическими признаками являются рост показателей заболеваемости среди лиц молодого трудоспособного возраста, а также увеличение случаев туберкулеза с лекарственной устойчивостью возбудителя к противотуберкулезным препаратам. В последние годы формируется представление о туберкулезе не только как медико-биологической проблеме, но и как социально значимом заболевании, в терапии которого признается важность совокупной оценки базовых психологических характеристик и

других «пациент-зависимых» факторов [Собчик, 1990; Виноградов, Черкашина, Перельман, 1991; Ломаченков, Кошелева, 1997; Сухова, 2004; Любаева, Ениколопов, 2011; Деларю, Юдин, Борзенко, 2013]. Можно констатировать, что реабилитационные психологические мероприятия приобретают особую востребованность в терапии туберкулеза легких, однако в обосновании их актуальности традиционно уделяется внимание таким вопросам, как нозогении, комплаентность, отношение к болезни и стратегии совладания с ней. В целом теоретико-методологические основания реабилитационных программ и подходов к оказанию психологической помощи больным туберкулезом легких разработаны недостаточно, что обусловлено, в частности, дефицитом исследований, направленных на изучение психологических этиопатогенетических факторов нарушения здоровья при инфекционных заболеваниях.

С позиций системного подхода к проблеме здоровья и развития болезни, разработка адекватных направлений реабилитации и профилактики заболевания предполагает не только выявление системы биологических и социальных взаимосвязей в клинической оценке больного, но и глубокое изучение его психологических особенностей. Необходимость подобных междисциплинарных исследований во фтизиатрии очевидна и обоснована наличием непосредственной связи между резистентностью к туберкулёзной инфекции и показателями иммунной системы с состоянием центральных звеньев нейрорегуляции. Изучение психосоматических соотношений, проводимое в отечественной науке еще со времен В.М. Бехтерева, убедительно демонстрирует влияние на функциональное состояние высших отделов нервной системы психогенных факторов, которые опосредуют различные структурно-функциональные нарушения в организме.

Для большинства современных биологически ориентированных клиницистов идеи о психосоматической природе туберкулеза легких до сих пор являются спорными, а также далекими от принятия их легитимности и научно-практической значимости, хотя вопрос о психологических детерминантах развития данного заболевания широко обсуждался в научной литературе еще в прошлом веке. На основе накопленных обширных эмпирических наблюдений оформилась феноменологическая теория «туберкулёзного характера», в соответствии с которой больные в преморбидном периоде отличаются амбивалентностью и лабильностью, ярко выраженным эгоцентризмом, ранимостью и повышенной чувствительностью к психическим нагрузкам [Лаёппес, 1819; Алфеевский, 1912; Петров, 1913]. В современных публикациях также обращается внимание на наличие связи туберкулеза легких с определенными личностными характеристиками, нарушением значимых межличност-

ных отношений, истощением внутренних резервов личности [Dunbar, 1949; Day, 1951; Любан-Плоцца, Пельдингер, Крегер, 1996; Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999; Валиев, 1999; Поклитар, 2001; Александер, 2002; Лукашова, Игишева, Копылова, 2002; Сухова, 2004; Долгих, 2005; Буренина, 2008; Стрельцов, Золотова, 2013]. Подчеркивается обусловленность защитных психологических реакций, затрудняющих медицинскую и психологическую реабилитацию, преморбидными чертами личности пациентов [Буренина, 2008; Ломаченков, Кошелева, 1997; Гнездилова, 2001].

В проводимых в Центральном НИИ туберкулеза клинико-психологических исследованиях установлено, что пациенты отличаются от соматически здоровых людей особенностями эмоционально-волевой сферы, когнитивными установками, а также негармоничными стилями межличностного взаимодействия [Сиресина, Стрельцов, Золотова, 2007; Золотова, Сиресина, Стрельцов, 2010; Баранова, Золотова, Столбун, 2012]. Важно подчеркнуть, что дезадаптивное функционирование в преморбидном периоде актуализировалось не столько в объективно тяжелых психотравмирующих обстоятельствах, сколько в пространстве повседневного бытового и социального взаимодействия, обуславливая так называемый «стресс обыденной жизни». На фоне лечения неконструктивные стереотипы реагирования и поведения, свойственные больным туберкулезом легких, нередко становятся причиной специфических конфликтов и противоречий с окружающими (лечащим врачом, персоналом, другими пациентами), повышают общую стрессовую нагрузку и уровень негативных эмоциональных переживаний, что в конечном итоге усугубляет течение заболевания. Полученные в исследовании эмпирические данные позволили объективировать наличие у больных туберкулезом легких специфических «проблемных зон», сформированных в ходе их социализации до момента заболевания, и выделить в реабилитационной работе конкретные терапевтические мишени.

Понимание сложности этиопатогенеза туберкулеза легких, включающего психосоматические взаимосвязи, ориентировало на поиск адекватных направлений и техник психологической помощи. Оптимальные возможности для определения теоретико-методологических оснований и стратегий реабилитационной работы с больными туберкулезом легких, на наш взгляд, открывают положения отечественной концепции психологии отношений личности и патогенетической психотерапии В.Н. Мясищева. Рассматривая человека как высочайшую интеграцию биофизиологического и общественно-исторического, в этиопатогенезе психогенных и психогенно-соматических нарушений, В.Н. Мясищев придавал ведущее значение нарушенным отношениям [Мясищев,

1963], что является принципиально важным и применительно к туберкулезу легких. Соматическое заболевание, с позиций патогенетической психотерапии, рассматривается в системе «личность — организм — среда», что соответствует современным многофакторным моделям соматических расстройств. По В.Н. Мясищеву, неспособность конструктивно и последовательно разрешать проблемные жизненные ситуации и закономерно возникающие интра- и интерпсихические конфликты становятся источниками хронической нервно-психической напряженности и снижения адаптационного потенциала организма [Мясищев, 1960]. Наличие патогенных элементов в системе отношений не только ограничивает «жизненный ресурс социального индивида» [Сельцовский, Стрельцов, Золотова, 2011], но и обуславливает нарушения на нейрофизиологическом уровне регуляции [Сиресина, 2011], способствуя, в частности, снижению резистентности к туберкулёзной инфекции, а на фоне заболевания — увеличению риска его неблагоприятного течения.

Основным методом патогенетической психотерапии В.Н. Мясищева является «беседа-дискуссия», использование которого в первую очередь ориентирует психотерапевтическую работу в направлении повышения осознанности отношений и обучения адекватному изменению личностных позиций [Мясищев, 1960]. С учетом выделяемых В.Н. Мясищевым не только когнитивных, но и эмоциональных, поведенческих компонентов системы отношений, в целях осуществления мультимодального воздействия на состояние и личность пациента целесообразной является интеграция «беседы-дискуссии» с психологическими интервенциями других направлений. В частности, подход, разработанный в аналитико-катартической терапии А.А. Александрова (АКТА) [Александров, 2002], позволяет осуществлять психотерапевтическое воздействие не только на когнитивный, но и, что очень важно для больных туберкулезом легких, на эмоциональный и поведенческий компонент отношений. Дополнение «беседы-дискуссии» техниками эмоционально-образной терапии [Линде, 2011], в основу которой положены механизмы катарсиса, обеспечивает эмоциональную проработку имеющихся конфликтов, сопровождается эмоциональной разрядкой и завершением незавершенных ситуаций, что приводит к более выраженным личностным изменениям. Немаловажным преимуществом аналитико-катартической и эмоционально-образной терапии является возможность их использования в рамках краткосрочного психологического консультирования.

Таким образом, реализация психосоматического подхода к изучению туберкулеза позволила расширить содержание психологической помощи во фтизиатрии, традиционно направленной на повышение

комплаенса и нивелирование психологических последствий стресса заболевания. Общие задачи психологической помощи (симптоматический аспект воздействия) обусловлены актуальными проблемами пациентов с тяжелым соматическим заболеванием и необходимостью длительного лечения. Специальные задачи (патогенетический аспект воздействия) предусматривают организацию психопрофилактических и психокоррекционных программ, направленных на преодоление преморбидных элементов системы отношений, которые рассматриваются как психологические факторы риска возникновения туберкулезного процесса и его рецидивов. Обозначение специальных задач является инновационным как с точки зрения традиционного понимания содержания психологической помощи больным туберкулезом легких, так и в контексте сложившегося во фтизиатрии классического выделения эпидемиологических, медицинских и социальных факторов риска развития туберкулеза легких.

Задачи психологической реабилитации больных туберкулезом на различных этапах терапии в условиях стационара

Стандартная медикаментозная терапия больных туберкулезом легких в условиях стационара осуществляется в течение нескольких месяцев, при этом выделяется интенсивная фаза противотуберкулезной химиотерапии и фаза продолжения лечения.

На начальном этапе лечения, который соответствует *интенсивной фазе противотуберкулезной химиотерапии* (2—3 месяца), эмоциональное состояние пациентов с впервые выявленным туберкулезом легких определяется необходимостью адаптации к новой жизненной ситуации в связи с болезнью. Госпитализация, перспектива длительного пребывания в стационаре, субъективное ощущение витальной угрозы, резкое нарушение жизненных планов и неопределенность переживаются как тяжелый стресс, резко снижающий качество жизни и обуславливающий риск развития аффективных расстройств. Симптомы психологического неблагополучия пациентов проявляются в тревожно-депрессивных переживаниях, страхе, эмоциональной неуравновешенности, повышенно-мнительном внимании к физическим ощущениям, сензитивности, снижении самоконтроля вплоть до суицидальных тенденций. Интенсивность подобного состояния значительно усиливается при появлении побочных эффектов противотуберкулезных препаратов, что, в свою очередь, ухудшает их индивидуальную переносимость. В связи с этим в интенсивной фазе противотуберкулезной химиотерапии основные задачи психологической помощи связаны с преодолением фрустрирующего влияния болезни на привычное функционирование паци-

ента, а также с коррекцией личностных реакций на актуальную жизненную ситуацию, связанную с заболеванием [Стрельцов, Золотова, 2013].

На последующем этапе лечения, который соответствует *фазе продолжения противотуберкулезной химиотерапии* (4—15 месяцев) не у всех пациентов наблюдаются положительные изменения в психологическом состоянии, нередко происходит кумуляция эмоционального напряжения и углубление невротических нарушений, что неблагоприятно отражается на эффективности проводимой медикаментозной терапии. Важно отметить, что высокая степень эмоциональной нагрузки, а также имеющиеся психологические проблемы пациентов, как правило, остаются вне поля зрения фтизиатров, у которых в целом отмечается пассивная позиция к необходимости оказания психотерапевтической помощи своим пациентам [Деларю, Юдин, Борзенко, 2013]. Фрустрирующие состояния, связанные с невозможностью повлиять на ход лечения, зависимостью от лечебного учреждения, неясностью прогноза терапии, эмоциональной депривацией, значительным обеднением и дистанцированием в социальных контактах, переживаются больными более остро, чем физические нарушения [Кошелева, 1990; Сухов, Сухова, 2003], способствуя развитию экзистенциальной депрессии [Сухова, 2004, 2006]. Увеличение срока пребывания в стационаре нередко сопровождается потерей работы, серьезными материальными затруднениями, нарушениями в семейных и межличностных отношениях, снижением качества жизни в целом. Неудовлетворенность в значимых сферах семейного и социального взаимодействия, а также преобладание механизмов психологической защиты над проблемно-ориентированными стратегиями поведения рассматриваются прогностически неблагоприятными факторами, оказывающими влияние на течение заболевания [Исаева, 2014]. По данным исследований, длительное и тяжелое соматическое расстройство постепенно обедняет репертуар совладающего со стрессом поведения, формируется пассивная личностная позиция, эмоциональная отстраненность от проблем, не связанных со здоровьем [там же].

Переживания по поводу предстоящих после выписки из стационара трудностей ресоциализации, осуществления значимых планов и устремлений, гипертрофированное опасение потери престижа в сфере межличностных отношений, пессимистическая оценка будущего опосредованно усиливают выраженность психологического неблагополучия и определяют повышенную потребность пациентов в сочувствии, внимании, социальной поддержке. Особую актуальность в ситуации инфекционного заболевания имеет проблема внутренней стигматизации, связанная с восприимчивостью к существующему в обществе стереотипному представлению о туберкулезе как болезни социально не-

благополучных и асоциальных лиц. Негативная ассоциация порождает у заболевшего чувства стыда, вины, страха, ощущение себя изгоем общества и стремление скрывать заболевание. Изменение социальной и личной идентичности пациентов, негативное самовосприятие как последствия внутренней стигматизации сопровождаются дистимическими нарушениями, враждебностью и подозрительностью к окружающим, социальной изоляцией [Нечаева, Антохин, Бардюркина, Жорова, Андросов, 2010]. Указанные психологические проявления стигматизации, в значительной степени определяемые невозможностью интегрировать травматический опыт и переработать негативные убеждения, которые сформировались в результате воздействия стресса заболевания [Тарабрина, 2014], являются предиктором актуализации комплекса деструктивных личностных тенденций, ослабляющих приверженность лечению и нарушающих социальное взаимодействие [Сухова, 2015].

Таким образом, заболевание туберкулезом легких, как и любое длительное соматическое заболевание, непосредственно затрагивает психологическое функционирование личности в целом, вызывая сужение и смещение ее смысловых отношений к миру, что обуславливает системные нарушения регуляции деятельности [Братусь, 1988], нарушение индивидуальной жизненной перспективы и личностной идентичности. На этапе продолжения противотуберкулезной терапии в условиях стационара сохраняют свою актуальность общие задачи, связанные с отношением пациентов к кризисной ситуации заболевания и лечебному процессу: коррекция неадекватных типов отношения к болезни и нивелирование гипертрофированных субъективных установок на возможные негативные последствия заболевания. Психологическая помощь в указанном аспекте, как и на этапе интенсивной химиотерапии, направлена на комплекс аффективно-когнитивного реагирования, обозначаемый как «внутренняя картина болезни».

Также одним из важнейших психологических ресурсов, обеспечивающим качество и эффективность терапии, становится ценностно-мотивационная сфера пациента. Психологические задачи, связанные с изменением иерархии ценностно-мотивационных установок личности и расширением смыслообразующей функции мотивов, предусматривают восстановление целостной картины программируемых и ожидаемых событий будущего, с которыми человек связывает свою социальную ценность и индивидуальный смысл жизни [Головаха, Кроник, 1987]. Наличие долговременной индивидуальной жизненной перспективы способствует снижению катастрофичности восприятия ситуации болезни, формированию отношения к длительному лечению как к эпизоду жизни, укреплению у пациентов ощущения контроля над ситуацией, при-

нятию ответственности за свое выздоровление, преодолению эгоцентрической и ипохондрической фиксации, пассивности, сохранению круга социальных контактов и сферы интересов. Происходящая в процессе восстановления долговременной перспективы жизни когнитивная переоценка личностного смысла и субъективных трудностей в условиях заболевания и лечения способствует снижению аффективного напряжения, а также активации саногенного потенциала личности пациента, что необходимо для успешной медикаментозной терапии.

Для преодоления у фтизиатрических пациентов последствий внутренней стигматизации и поддержания позитивного самоотношения представляется важным выделить конкретные мишени психологического воздействия:

- 1) Обида и чувство несправедливости («Почему это случилось именно со мной?»).
- 2) Чувство вины (в том числе перед семьей и родственниками пациента за неудобства, вызванные его болезнью).
- 3) Эмоциональная отчужденность от окружающих и проблем, не связанных со здоровьем.

Расширение сферы самосознания пациента и появление чувства личной ответственности за процесс выздоровления способствуют повышению комплаенса, преодолению негативных последствий внутренней стигматизации, восстановлению взаимодействия пациента с социальным окружением, сохранению интересов во внешней по отношению к стационару жизни и возможностей адекватной самореализации.

Выделение в качестве важнейших коррекционных задач изменения патогенных преморбидных элементов системы отношений позволяет перейти от психологического сопровождения пациентов на различных этапах медикаментозной терапии к вторичной психопрофилактике туберкулеза легких, которая предполагает непосредственное психотерапевтическое воздействие на психологические факторы риска развития и рецидивов заболевания. Результаты клинко-психологических исследований [Стрельцов, Баранова, Сиресина, Васильева, 2012] показали высокую продуктивность категории «отношение» в реабилитационной программе больных туберкулезом легких. Были выделены психокоррекционные мишени, связанные с различными аспектами системы отношений пациентов: внутренняя враждебность, судейская позиция, ряд базовых убеждений, репрессия в отношении собственных чувств, алекситимические нарушения, зависимость и несамостоятельность.

1. *Внутренняя враждебность.* Одной из психологических проблем больных туберкулезом легких является специфика интрапсихической переработки с преобладанием негативных чувств даже при небольших

стрессогенных воздействиях, а также с наличием неудовлетворенности различными аспектами социальной действительности. Субъективное восприятие реальности как давящей, предъявляющей чуждые требования, побуждает к внутренней мобилизации и актуализирует враждебность как механизм оборонительной агрессии, что происходит и при отсутствии явной угрозы — как ошибка антиципации, при которой человек выдает агрессивную реакцию на собственный прогноз [Фромм, 2006]. В трудных, субъективно значимых ситуациях внутренняя враждебность обуславливает интенсивные эгоцентрические и протестные реакции, а также аффекты обиды, возмущения. Настороженно-подозрительное отношение к окружающим и неудовлетворённость своим положением в микрогруппе реализуются в недоверчиво-скептическом стиле межличностного взаимодействия (критический настрой к другим мнениям, оппозиционность), стремлении к авторитарному доминированию. Психологическая коррекция больных туберкулезом легких ориентирована на переосмысление сложившихся представлений о себе, формирование доверия и доброжелательности к другим людям, освоение стратегий сотрудничества в межличностном взаимодействии.

2. *Судейская позиция.* Заболевшие туберкулезом легких отличаются обостренным отношением к моральным вопросам и соблюдению этических норм. С позиций собственного морального превосходства (например, как носителя социально одобряемых стандартов поведения), больные высказывают возмущенно-категоричные и нетерпимые суждения об окружающих, в поступках которых усматривают несправедливость (жестокость, нечестность, непорядочность, бездушие и т.п.) или проявление невоспитанности. Судейская позиция определяет также склонность пациентов к морализаторству и нравочужению. Наличие подобной оценочности является одним из мощных источников хронического психоэмоционального напряжения, так как социальное окружение постоянно провоцирует его возникновение. Догматичность и ригидность, свойственные больным туберкулезом легких, конкретизируют психокоррекционную работу на развитие толерантного отношения к поступкам людей, т.н. «диспозиционной терпимости» — готовности индивида к определенной позитивной реакции при взаимодействии со средой, наличие которой расширяет адаптационный потенциал личности [Реан, Кудашев, Баранов, 2006].

3. *Базовые убеждения.* Ряд когнитивных установок больных туберкулезом легких о себе и окружающем мире являются иррациональными и стрессогенными [Эллис, Драйден, 2002]. При установке долженствования в отношении себя пациенты испытывают сложности в реализации своих истинных потребностей и побуждений, стремясь соответствовать

неким социальным стандартам. Долженствование в отношении других людей обуславливает неадекватно высокие ожидания соответствия их поступков своим собственным представлениям, повышенную требовательность к окружающим. Тенденция использовать в действиях высший эталон (установка максимализма) определяет выраженность черт перфекционизма у больных туберкулезом легких, что проявляется в нетерпимости, критике других людей, нежелании прощать их ошибки, которые сопровождаются оценкой «я бы так никогда не поступил». Установка катастрофизации характеризуется субъективным восприятием жизненных трудностей как неразрешимых, пессимистической оценкой перспективы и ощущением собственной некомпетентности. Отказ пациентов от использования дисфункциональных установок как неадекватных стереотипов мышления и освоение адаптивных схем повышает толерантность к фрустрациям и улучшает качество жизни и взаимодействия.

4. *Репрессия в отношении собственных чувств.* Негативные аффективные реакции пациентов, как правило, не получают внешнего выражения в поведении, что сопровождается высоким нервно-психическим напряжением и чрезмерным расходом энергии, нарушающим адаптивное равновесие между личностью и социальной средой [Куликов, 1997]. В сложных ситуациях интерперсонального взаимодействия больные туберкулезом не допускают открытых конфликтов и демонстрации социально не одобряемых чувств, молчаливо осуждают окружающих, подавляя возмущение и негодование. Основными мотивами сдерживания эмоциональных реакций являются стремление «не обидеть», необходимость «порядочно» себя вести. Вербализации истинных чувств в конфликтной ситуации препятствует тревога по поводу возможной утраты комфортных отношений, а также уязвимость к критичным оценкам в свой адрес. Важно отметить, что лишь в крайних случаях по механизму «последней капли» может происходить грубая аффективная разрядка, вызывающая затем чувство вины и самоосуждение. Также больные склонны к использованию защитного механизма проекции, скрывая свои собственные неприемлемые негативные чувства приписыванием их другим людям. Таким образом, пациенты в процессе психологической работы должны приобретать определенные коммуникативные навыки, способствующие расширению репертуара проблемно-ориентированных стратегий поведения.

5. *Алекситимические нарушения.* По имеющимся данным, значительная часть больных туберкулезом легких испытывает дефицит способности к осознанию, вербализации, экспрессивной передаче собственных чувств и переживаний, обнаруживая выраженный алекситимический радикал личности. Применительно к больным туберкулезом легких

можно говорить также о более масштабных нарушениях импрессивной способности — умения понимать эмоциональные состояния других людей и сопереживать им [Москачева, Холмогорова, Гаранян, Демидова, 2014]. Следовательно, пациенты нуждаются не только в повышении эмоциональной компетентности в области собственного внутреннего мира и развитии навыков адекватной вербализации, но и в углублении эмпатийного потенциала.

6. *Зависимость и несамостоятельность.* Недостаток инициативности, пассивность, трудность принятия самостоятельных решений определяют конформность, экстернальность поведения больных туберкулезом легких. Типичная реакция больного туберкулезом на фрустрацию — пассивно-оборонительная, с ощущением беспомощности, растерянности, фиксацией на препятствии и отказом от его преодоления [Долгова, Стрельцов, 2008]. Зависимость и несамостоятельность, обозначенные в данном случае в качестве конкретных мишеней психотерапевтической работы, в более широком теоретическом плане мы рассматриваем в контексте общепсихологической концепции феномена алекситимии [Николаева, 1993]. Анализируя роль механизмов личностно-мотивационного уровня саморегуляции в генезе алекситимии, В.В. Николаева считает правомерным, что данный феномен обусловлен недостаточно сформированной в процессе онтогенетического развития рефлексией, являющейся в норме важнейшим источником устойчивости, свободы и саморазвития личности. Отсутствие или недостаточная сформированность деятельности саморегуляции, дающей возможность произвольного управления собственными побуждениями, усиливают директивность актуальных потребностей субъекта и связанного с неуспехом в их реализации отрицательного эмоционального состояния, которое, хронизируясь, становится источником возникновения стойких соматических изменений в организме. Как отмечается, блокировка произвольных механизмов саморегуляции усиливается в критических жизненных ситуациях, требующих от субъекта повышенной активности в области произвольного самоуправления [там же]. На основании данных исследования больных с явлениями вторичной алекситимии, обращается внимание на роль особых условий развития, ограничивающих развитие рефлексии, формирование собственных целей, намерений, ориентаций на независимую жизнь, к числу которых В.В. Николаева относит наличие в анамнезе неразрывной симбиотической связи со взрослым (матерью), выполняющим функции программирования, организации и контроля деятельности ребенка вплоть до периода взрослости.

Наличие подобной социальной ситуации формирования психики подтверждается и клинико-биографическим интервью с фтизиатричес-

кими пациентами. В ближайшем окружении больного туберкулезом, как правило, выявляется «ключевая фигура» (чаще — мать), с которой имелась амбивалентная эмоциональная связь и отношения отличались проблемным характером. Авторитарная, доминирующая, склонная к нравоучениям и избыточному контролю мать навязчиво участвовала даже во взрослой жизни своих детей, провоцируя у них ощущение собственной несостоятельности и зависимости [Сиресина, Баранова, Стрельцов, Панова, 2007]. Подобный внутренний конфликт, связанный с невозможностью разрушить сверхтесные, подавляющие отношения и реализовать собственные актуальные потребности, приводит в преморбидном периоде к росту и фиксации психоэмоционального напряжения, что на психофизиологическом уровне способно вызывать иммунную супрессию, сопровождающую «стресс безвыходности» [Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999]. Проводимая психотерапевтическая работа с пациентами в направлении формирования ответственности и самостоятельности как жизненной позиции, творческого отношения к собственной деятельности и жизни непосредственно связана, таким образом, с развитием у пациентов особой внутренней деятельности, направленной на сохранение внутренней гармонии, самоидентичности личности и обеспечивающей успешность самоактуализации.

Системный характер реабилитационных задач на этапе продолжения противотуберкулезной химиотерапии предполагает как индивидуальную, так и групповую формы работы, выбор которых в первую очередь определяется клиническим состоянием пациента, а также особенностями его актуального эмоционального состояния и характером доминирующих проблем. В работе в больными туберкулезом легких, помимо традиционного для психотерапии движения от индивидуальных к групповым формам взаимодействия, возможен, и даже желателен, обратный процесс. Подобная последовательность способствует формированию необходимой в системе психологической интервенции этапности патогенетического воздействия, созданию мотивации к дальнейшей индивидуальной психологической работе и повышению ее эффективности.

Групповая психокоррекционная работа. Как и на этапе интенсивной противотуберкулезной химиотерапии, на этапе продолжения лечения эффективной является групповая работа с фтизиатрическими пациентами в форме тематических дискуссий, основной целью которых является повышение уровня информированности пациентов в актуальных вопросах, связанных с заболеванием и лечением [Стрельцов, Золотова, 2013]. Подобная форма обучающей работы позволяет реализовать такие современные тенденции психотерапии, как краткосрочность вмешательства и психообразование [Абабков, Бабурин, Васильева, 2012].

Цикл групповой психологической коррекции, проводившейся в Центральном НИИ туберкулеза, состоял из 8—10 лекционных занятий продолжительностью 1—1,5 часа, в ходе которых обсуждались актуальные для большинства участников вопросы: ожидания от лечения, психологические факторы эффективности и переносимости химиотерапии, перспективы возвращения к полноценному социальному функционированию после выписки, возможности сохранения или переориентации профессиональной деятельности и т.п. Также в адаптированном для пациентов виде затрагивались и общие научные взгляды на психосоматические нарушения, которые вызывали живой отклик и большой интерес. Важно отметить, что, по результатам предварительного анкетирования, более половины пациентов субъективно отмечали наличие психологических причин своего заболевания, основной из которых являлась «большое количество стрессов и волнений». Некоторые выражали убеждение в неслучайности своего заболевания и наличии особого личностного смысла в нем, который выражается в необходимости «изменить себя в лучшую сторону».

Тематические дискуссии дополнялись психодраматическими техниками, ролевыми играми, элементами гештальт-терапии, методами визуализации, а также биографически ориентированными сеансами. По мнению 80% участников групповых дискуссий, полученный ими опыт участия в подобной обучающе-интерактивной работе способствовал эмоциональной активизации, уменьшению чувства тревоги и напряженности, преодолению социальной изоляции, повышению самооценки и качества отношений с окружающими. Типичными ответами в самоотчетах пациентов являлись: «Приобретаю душевное спокойствие», «Пересмотрю свое отношение к себе и своей жизни», «В моих силах преодолеть черты характера, мешающие мне выздороветь», «Все, включая здоровье, в моих руках» и т.п. Важно уточнить, что повышение первичной психологической грамотности уже на данном этапе способствовало увеличению степени объективности в восприятии себя и понимании поведения окружающих, что сопровождалось ослаблением типичных форм патогенного реагирования: претенциозности, негативизма, осуждения, недоверия. Как отмечали сами пациенты, полученная ими информация о психологических механизмах заболевания поможет не только выздороветь, но и сохранять здоровье в дальнейшем.

Индивидуальная психокоррекционная работа. В процессе индивидуальной психологической коррекции, сфокусированной на принципах патогенетической психотерапии В.Н. Мясищева, с учетом выделенных терапевтических мишеней, осуществлялся совместный с пациентом анализ истории развития личности и социальных отношений больного,

выявление сложных ситуаций, сделавших жизнь больного тяжелой и невыносимой, а также особенностей его эмоционального и поведенческого реагирования на эти обстоятельства. Основная цель патогенетического анализа состоит в осознании связи между психогенными факторами и возникновением соматических нарушений, под влиянием которого происходит переоценка собственной роли и влияния внешних объективных факторов. Указанные эффекты являются ключевым моментом для последующего изменения основных элементов психологического этиопатогенеза заболевания. Проведенная оценка эффективности патогенетической коррекции показала, что изменение патогенных элементов системы отношений больных туберкулезом и освоение пациентами новых моделей поведения способствовали снижению патогенного напряжения, улучшению показателей психологического статуса, оптимизации актуальных отношений пациента (с другими больными, лечащим персоналом, семьей) [Стрельцов, Баранова, Сиресина, Васильева, 2012]. Повышение уровня функционирования личности непосредственно отражалось и на результативности проводимой терапии. Можно утверждать, что патогенетическое воздействие на психологические факторы развития туберкулеза легких, предполагающее обращение к мировоззренческим установкам, по-новому освещает индивидуальный опыт человека благодаря обретению им более устойчивых ценностно-смысловых ориентаций «стратегического», общечеловеческого характера — добра, любви, справедливости и свободы. Для достижения подобных эффектов большое значение имело катартическое отреагирование в ходе индивидуальной и групповой форм работы, когда происходящая психологическая трансформация субъективно переживается как душевный подъем, чувство просветленности и готовность к добрым поступкам [Александров, 2011; Линде, 2011].

Выводы

Психологическая реабилитация больных туберкулезом легких на различных этапах терапии представляет собой систему психологических интервенций, совмещающей симптоматический и патогенетический аспекты воздействия. Симптоматическое психологическое воздействие связано с системой отношения пациентов к кризисной ситуации заболевания и лечебному процессу, патогенетическое воздействие предполагает организацию психопрофилактических и психокоррекционных программ, направленных на преодоление преморбидных элементов системы отношений, которые рассматриваются как психологические факторы риска возникновения туберкулезного процесса и его рецидивов.

Выделение психологических факторов риска возникновения туберкулёзного процесса позволяет создать новые эффективные подходы к реабилитационной работе с пациентами, ориентированные не только на повышение результативности медикаментозной терапии, но и вторичную профилактику рецидивов заболевания. Подобные подходы существенно расширяют границы оказываемой психологической помощи в клинике, основной вектор их развития направлен на решение актуальных превентивных задач, связанных с сохранением здоровья человека в современном обществе.

ЛИТЕРАТУРА

- Абабков В.А., Бабурин И.Н., Васильева А.В. и др. Алгоритм краткосрочной психотерапии, направленной на разрешение внутриличностных и межличностных конфликтов у больных с невротическими расстройствами // Методические рекомендации. СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. 2012. 22 с.
- Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / пер. с англ. С. Могилевского. М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. 352 с.
- Александров А.А. Аналитико-катаргическая терапия (АКТА) / Учебное пособие. СПб.: изд. СПбМАПО, 2011. 64 с.
- Алфеевский Н.А. О нервных и психологических явлениях у туберкулёзных // Современная психиатрия. 1912. № 10. С. 707—742.
- Баранова Г.В., Золотова Н.В., Столбун Ю.В. Структура личностных черт у больных туберкулезом легких [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. N 3 (14). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).
- Братусь Б.С. Аномалии личности / М.: Мысль, 1988. 305 с.
- Бройтгамм В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина / М., ГЭОТАР Медицина. 1999. 373 с.
- Буренина И.А. Методические основы современной реабилитации (клиническая лекция) // Вестник современной клинической медицины. 2008. Том 1, вып. 1. Стр. 88—92.
- Валиев Р.Ш. Лечение больных туберкулёзом лёгких с учётом особенностей их личности и отношения к болезни // Проблемы туберкулёза. 1999. № 2. С. 27—31.
- Виноградов М.В., Черкашина И.И., Перельман М.И. Психическое состояние больных с ограниченными формами туберкулеза легких // Проблемы туберкулеза. 1991. № 10. С. 41—43.
- Гнездилова Е.В. Ориентирование больного туберкулёзом на излечение с помощью образовательной программы «Фтиза-школа» // Пульмонология — 2001. Т. 11, № 1. С. 16—19.
- Головаха, Е.И., Кроник, А.А. Жизненный путь личности / Е.И. Головаха, А.А. Кроник. М.: Наука, 1987. 280 с.

- Деларю В.В., Юдин С.А., Борзенко А.С.* Оказание психологической/психотерапевтической помощи больным туберкулезом людям (по данным социологического исследования) [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2013. N 1 (18). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 27.09.2013).
- Долгих Н.О.* Состояние ситуационно-личностного реагирования у впервые выявленных больных туберкулезом и их специфическое лечение с использованием психотерапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2005. 23 с.
- Долгова Ю.В., Стрельцов В.В.* Исследование типов реагирования во фрустрирующей ситуации у больных с впервые выявленным туберкулезом легких // Сб. «Социальный мир человека», выпуск 2 / Ижевск, 2008. С. 360—361.
- Золотова Н.В, Сиресина Н.Н., Стрельцов В.В.* Структура базовых черт у больных туберкулезом легких // Ярославский психологический вестник. 2010. № 26. С. 174—176.
- Исаева Е.Р.* Психологические адаптационные ресурсы личности в условиях болезни // Психосоматическая медицина — 2014: Труды. IX международный конгресс. СПб.: Человек, 2014. С. 44—50.
- Кошелева Г.Я.* Клинико-психологические характеристики больных туберкулезом легких и их динамика в процессе комплексного лечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1990. 24 с.
- Куликов Л.В.* Психология настроения личности: Автореф. дис. ... докт. психол. наук. СПб., 1997.
- Линде Н.Д.* Психологическое консультирование: теория и практика. Учебное пособие для студентов вузов / М.: Аспект Пресс, 2011. 255 с.
- Ломаченков В.Д., Кошелева Г.Я.* Психологические особенности мужчин и женщин, впервые заболевших туберкулезом легких, и их социальная адаптация // Проблемы туберкулеза. 1997. № 3. С. 9—11.
- Лукашова Е.Н., Игишева Л.Н., Копылова И.Ф.* Психологические особенности больных туберкулезом подростков // Проблемы туберкулеза. 2002. № 1. С. 39—41.
- Любаева Е.В., Ениколопов С.Н.* Роль индивидуальных психологических характеристик пациентов в формировании приверженности терапии туберкулеза и ВИЧ // Консультативная психология и психотерапия. 2011. № 2. С. 111—127.
- Любан-Плюцца Б., Пельдингер В., Крезгер Ф.* Психосоматический больной на приеме у врача / СПб. 1996. 256 с.
- Москачева М.А., Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Демидова Л.Ю.* Алекситимия, психосоматика и механизмы коммуникации // Психологические адаптационные ресурсы личности в условиях болезни / Психосоматическая медицина — 2014: Труды. IX международный конгресс. СПб.: Человек, 2014. С. 66—71.
- Мясищев В.Н.* Личность и неврозы / Л.: Медицина, 1960. 384 с.
- Мясищев В.Н.* Соотношение психического и соматического при общих и системных неврозах // Вопросы взаимоотношений психического и соматического в психоневрологии и общей медицине. Труды Государственного научно-исследовательского института им. В.М. Бехтерева / Л., 1963. Т. XXIX. С. 193—204.

- Нечаева М.В., Антохин Е.Ю., Бардюркина В.А., Жорова Т.И., Андросов Е.И.* Взаимосвязь клинических проявлений и самостигматизации при дистимии // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2010. № 41.
- Николаева В.В.* О психологической природе алекситимии // Телесность человека: междисциплинарное исследование / М., 1993. С. 84—93.
- Петров С.П.* О психике туберкулёзных // Современная психиатрия. 1913. № 9. С. 673—694.
- Поклитар Е.А.* Туберкулез, личность, психотерапия // «Вопросы ментальной медицины и экологии». Т. 7, № 3. 2001.
- Психологическое и нейропсихологическое сопровождение терапии туберкулеза легких: методическое пособие / Н.Н. Сиресина, В.В. Стрельцов, Н.В. Золотова [и др.]. М., 2007. 73 с.
- Реан А.А., Кудашев А.Р., Баранов А.А.* Психология адаптации личности / СПб.: Прайм — ЕВРОЗНАК, 2006. 479 с.
- Сельцовский П.П., Стрельцов В.В., Золотова Н.В.* Психологическое сопровождение терапии туберкулеза легких // Научные труды «К 70-летию В.И. Литвинова» / Москва, МНПЦБТ. 2011. С. 98—109.
- Сиресина Н.Н.* Комплексный подход к изучению психологии личности и высших психических функций у больных туберкулезом легких (диагностика, систематика, реабилитация): автореф. дис. ... докт.псих.наук. Тверь, 2011. 58 с.
- Сиресина Н.Н., Баранова Г.В., Стрельцов В.В., Панкова Л.И.* Роль матери в формировании патологических особенностей личности больных туберкулезом легких // Сб. Научных трудов к 80-летию Московского городского научно-практического центра борьбы с туберкулезом / М., 2007. С. 138—144.
- Собчик Л.Н. и др.* Метод стандартизированного многофакторного исследования личности в диагностике нервно-психических нарушений у больных туберкулезом / М., 1990. 28 с.
- Стрельцов В.В., Баранова Г.В., Сиресина Н.Н., Васильева И.А.* Возможности оптимизации психологического состояния больных туберкулезом легких в процессе индивидуальной психологической коррекции // Туберкулез и болезни легких. № 3. 2012. С. 31—37.
- Стрельцов В.В., Золотова Н.В.* Психологическая реабилитация больных туберкулезом легких в фазе интенсивного лечения // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 1. С. 10—20.
- Сухов В.М., Сухова Е.В.* Некоторые особенности качества жизни больных туберкулезом легких // Проблемы туберкулеза. 2003. № 4. С. 29—30.
- Сухова Е.В.* Поведенческий ответ больных на «клеймо» туберкулеза // Социальная психология и общество. 2015. Т. 6, № 1. С. 127—136.
- Сухова Е.В.* Необходимость психологической коррекции у больных туберкулезом легких // Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2004. № 10. С. 34—36.
- Сухова Е.В.* «Фтиза-школа» — система комплексного воздействия на больного туберкулезом // Проблемы туберкулеза. 2004. № 12. С. 35—41.
- Сухова Е.В., Сухов В.М., Корнев А.В.* Особенности отношения к болезни больных туберкулезом легких // Проблемы туберкулеза. 2006. № 5. С. 20—23.

- Сухова Е.В., Почанин И.И.* Особенности личности у больных с впервые выявленным туберкулезом легких / Вестник Самарского государственного экономического университета. 2010. —1 (63). С. 127—131.
- Тарабрина Н.В.* Посттравматический стресс у больных угрожающими жизни (онкологическими) заболеваниями // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 1. С. 40—63.
- Фромм Э.* Анатомия человеческой деструктивности / М.: АСТ, 2006. 640 с.
- Эллис А., Драйден У.* Практика рационально — эмоциональной поведенческой терапии / М.: Речь. 348 с.
- Энштейн Д.Я.* Душа туберкулёзного в освещении художественной и научной литературы / Киев, 1929. 39 с.
- Day G.* L'approche psychosomatique de la tuberculose pulmonaire / Lancet (May 12), 1951. Pp. 1025—1028.
- Dunbar F.* Emotions and Bodily Changes / N.Y. 1949. 604 p.
- Laënnec R.* De l'auscultation mediate ou traite du diagnostic des maladies des paumons et de Coeur / Paris, 1819.

PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS AT DIFFERENT STAGES OF THERAPY

*V.V. STRELTSOV, N.V. ZOLOTOVA, G.V. BARANOVA,
A.A. AKHTYAMOVA*

The article is devoted to topical issues of psychological rehabilitation of patients with pulmonary tuberculosis and summarizes the practical experience of the authors in the creation of psychological services in the TB clinic. The article focuses on the specifics of psychological assistance at the stage of continuation of TB treatment in the hospital. The theoretical and methodological foundations, principles and objectives of the ongoing psychological work. In the presented model of psychological rehabilitation are taken into account peculiarities of the organization of the treatment process in Phthisiology and identified in the clinical-psychological research on specific features of the response and interpersonal relationships of patients with pulmonary tuberculosis. The necessity of organizing special psycho-correctional programs aimed at overcoming premorbid elements of the system of relations that are considered as psychological risk factors of tuberculosis and relapses.

Keywords: pulmonary tuberculosis, psychological rehabilitation, premorbid personality characteristics, relationship, therapeutic target.

Ababkov V.A., Baburin I.N., Vasil'eva A.V. i dr. Algoritm kratkosrochnoi psikhoterapii, napravlennoi na razreshenie vnutrichnostnykh i mezhlchnostnykh konfliktov u

- bol'nykh s nevroticheskimi rasstroistvami. Metodicheskie rekomendatsii. Saint-Peterburg, NIPNI im. V.M. Bekhtereva. 2012. 22 p.
- Aleksander F.* Psikhosomaticheskaia meditsina. Printsipy i prakticheskoe primenenie / per. s angl. S. Mogilevskogo. Moscow: Izd-vo EKSMO-Press, 2002. 352 p.
- Aleksandrov A.A.* Analitiko-katarticheskaja terapiia (AKTA) / Uchebnoe posobie. Saint-Peterburg: izd. SPbMAPO, 2011. 64 p.
- Alfeevskii N.A.* O nervnykh i psikhologicheskikh iavleniiakh u tuberkuleznykh. Sovremennaja psikiatriia. 1912. № 10. Pp. 707—742.
- Baranova G.V., Zolotova N.V., Stolbun Iu.V.* Struktura lichnostnykh chert u bol'nykh tuberkulezom legkikh. Meditsinskaia psikhologiya v Rossii. 2012. N 3 (14). Available at: <http://medpsy.ru>.
- Bratus' B.S.* Anomalii lichnosti / Moscow: Mysl', 1988. 305 p.
- Broitigam V., Kristian P., Rad M.* Psikhosomaticheskaia meditsina / Moscow, GEOTAR Meditsina. 1999. 373 p.
- Burenina I.A.* Metodicheskie osnovy sovremennoi reabilitatsii (klinicheskaja lektsiia). Vestnik sovremennoi klinicheskoi meditsiny. 2008. Tom 1, vol. 1. Pp. 88—92.
- Valiev R.Sh.* Lechenie bol'nykh tuberkulezom legkikh s uchetom osobennosti ikh lichnosti i otnosheniia k bolezni. Problemy tuberkuleza. 1999. № 2. Pp. 27—31.
- Vinogradov M.V., Cherkashina I.I., Perel'man M.I.* Psikhicheskoe sostoianie bol'nykh s ogranichennymi formami tuberkuleza legkikh. Problemy tuberkuleza. 1991. № 10. Pp. 41—43.
- Gnezdilova E.V.* Orientirovanie bol'nogo tuberkulezom na izlechenie s pomoshch'iu obrazovatel'noi programmy "Ftiza-shkola". Pul'monologiya, 2001. T. 11, № 1. Pp. 16—19.
- Golovakha, E.I., Kronik, A.A.* Zhiznennyi put' lichnosti / E.I. Golovakha, A.A. Kronik. Moscow: Nauka, 1987. 280 p.
- Delariu V.V., Iudin S.A., Borzenko A.S.* Okazanie psikhologicheskoi/psikhoterapevticheskoi pomoshchi bol'nym tuberkulezom liudiam (po dannym sotsiologicheskogo issledovaniia). Meditsinskaia psikhologiya v Rossii. 2013. N 1 (18). Available at: <http://medpsy.ru> (Accessed 27.09.2013).
- Dolgikh N.O.* Sostoianie situatsionno-lichnostnogo reagirovaniia u vperve vyjavlennykh bol'nykh tuberkulezom i ikh spetsificheskoe lechenie s ispol'zovaniem psikhoterapii: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Moscow, 2005. 23 p.
- Dolgova Iu.V., Strel'tsov V.V.* Issledovanie tipov reagirovaniia vo frustriruuiushchei situatsii u bol'nykh s vperve vyjavlennym tuberkulezom legkikh. "Sotsial'nyi mir che-loveka", vypusk 2 / Izhevsk, 2008. Pp. 360—361.
- Zolotova N.V., Siresina N.N., Strel'tsov V.V.* Struktura bazovykh chert u bol'nykh tuberkulezom legkikh. Iaroslavskii psikhologicheskii vestnik. 2010. № 26. Pp. 174—176.
- Isaeva E.R.* Psikhologicheskije adaptatsionnye resursy lichnosti v usloviiakh bolezni. Psikhosomaticheskaia meditsina — 2014: Trudy. IKh mezhdunarodnyi kongress. SPb.: Chelovek, 2014. Pp. 44—50.
- Kosheleva G.Ia.* Kliniko-psikhologicheskije kharakteristiki bol'nykh tuberkulezom legkikh i ikh dinamika v protsesse kompleksnogo lecheniia: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. L., 1990. 24 p.

- Kulikov L.V.* Psikhologiiia nastroeniia lichnosti: Avtoref. dis. ... dokt. psikholog. nauk. Saint-Peterburg, 1997.
- Linde N.D.* Psikhologicheskoe konsul'tirovanie: teoriia i praktika. Uchebnoe posobie dlia studentov vuzov / Moscow: Aspekt Press, 2011. 255 p.
- Lomachenkov V.D., Kosheleva G.Ia.* Psikhologicheskie osobennosti muzhchin i zhen-shchin, v pervye zaboлевshikh tuberkulezom legkikh, i ikh sotsial'naia adaptatsiia. Problemy tuberkuleza. 1997. № 3. Pp. 9—11.
- Lukashova E.N., Igisheva L.N., Kopylova I.F.* Psikhologicheskie osobennosti bol'nykh tuberkulezom podrostkov. Problemy tuberkuleza. 2002. № 1. Pp. 39?41.
- Liubaeva E.V., Enikolopov S.N.* Rol' individual'nykh psikhologicheskikhkarakteristik patsientov v formirovanii priverzhennosti terapii tuberkuleza i VICH. Konsul'tativnaia psikhologiiia i psikhoterapiia. 2011. № 2. Pp. 111—127.
- Liuban-Plotstsa B., Pel'dinger V., Kreger F.* Psikhosomaticheskii bol'noi na prieme u vracha / Saint-Peterburg. 1996. 256 p.
- Moskacheva M.A., Kholmogorova A.B., Garanian N.G., Demidova L.Iu.* Aleksitimiiia, psikhosomatika i mekhanizmy kommunikatsii. Psikhologicheskie adaptatsionnye resursy lichnosti v usloviiahk bolezni / Psikhosomaticheskaiia meditsina — 2014: Trudy IKh mezhdunarodnyi kongress. Saint-Peterburg: Chelovek, 2014. Pp. 66—71.
- Miasishchev V.N.* Lichnost' i nevrozy / L.: Meditsina, 1960. 384 p.
- Miasishchev V.N.* Sootnoshenie psikhicheskogo i somaticheskogo pri obshchikh i sistemnykh nevrozakh. Voprosy vzaimootnoshenii psikhicheskogo i somaticheskogo v psikhonevrologii i obschei meditsine. Trudy Gosudarstvennogo nauchno-issledovatel'skogo instituta im. V.M. Bekhtereva / L., 1963. T. XXIX. Pp. 193—204.
- Nechaeva M.V., Antokhin E.Iu., Bardiurkina V.A., Zhorova T.I., Androsov E.I.* Vzaimosviaz' klinicheskikh proiavlennii i samostigmatizatsii pri distimii. Nauchno-meditsinskii vestnik Tsentral'nogo Chernozem'ia. 2010. № 41.
- Nikolaeva V.V.* O psikhologicheskoi prirode aleksitimii. Telesnost' cheloveka: mezhdistsiplinarnoe issledovanie / Moscow, 1993. Pp. 84—93.
- Petrov S.P.* O psikhike tuberkuleznykh. Sovremennaia psikhiiatriia. 1913. № 9. Pp. 673—694.
- Poklitar E.A.* Tuberkulez, lichnost', psikhoterapiia. "Voprosy mental'noi meditsiny i ekologii". T. 7, № 3. 2001.
- Psikhologicheskoe i neiropsikhologicheskoe soprovozhdenie terapii tuberkuleza legkikh: metodicheskoe posobie / N.N. Siresina, V.V. Strel'tsov, N.V. Zolotova [et all]. Moscow, 2007. 73 p.
- Rean A.A., Kudashev A.R., Baranov A.A.* Psikhologiiia adaptatsii lichnosti / Saint-Peterburg: Praim — EVROZNAK, 2006. 479 p.
- Sel'tsovskii P.P., Strel'tsov V.V., Zolotova N.V.* Psikhologicheskoe soprovozhdenie terapii tuberkuleza legkikh. Nauchnye trudy "K 70-letiiu V.I. Litvinova" / Moscow, MNPTsBT. 2011. Pp. 98—109.
- Siresina N.N.* Kompleksnyi podkhod k izucheniiu psikhologii lichnosti i vysshikh psikhicheskikh funktsii u bol'nykh tuberkulezom legkikh (diagnostika, sistematika, reabilitatsiia): avtoref. dis. ... dokt.psikh.nauk. Tver', 2011. 58 p.
- Siresina N.N., Baranova G.V., Strel'tsov V.V., Pankova L.I.* Rol' materi v formirovanii patologicheskikh osobennostei lichnosti bol'nykh tuberkulezom legkikh. Sb.

- Nauchnykh trudov k 80-letii Moskovskogo gorodskogo nauchno-prakticheskogo tsentra bor'by s tuberkulezom / Moscow, 2007. Pp. 138—144.
- Sobchik L.N. i dr.* Metod standartizirovannogo mnogofaktornogo issledovaniia lichnosti v diagnostike nervno-psikhicheskikh narushenii u bol'nykh tuberkulezom / Moscow, 1990. 28 p.
- Strel'tsov V.V., Baranova G.V., Siresina N.N., Vasil'eva I.A.* Vozmozhnosti optimizatsii psikhologicheskogo sostoiianiia bol'nykh tuberkulezom legkikh v protsesse individual'noi psikhologicheskoi korrektsii. Tuberkulez i bolezni legkikh. № 3. 2012. Pp. 31—37.
- Strel'tsov V.V., Zolotova N.V.* Psikhologicheskaiia reabilitatsiia bol'nykh tuberkulezom legkikh v faze intensivnogo lecheniia. Konsul'tativnaia psikhologiiia i psikhoterapiia. 2013. № 1. Pp. 10—20.
- Sukhov V.M., Sukhova E.V.* Nekotorye osobennosti kachestva zhizni bol'nykh tuberkulezom legkikh. Problemy tuberkuleza. 2003. № 4. Pp. 29—30.
- Sukhova E.V.* Povedencheskii otvet bol'nykh na "kleimo" tuberkuleza. Sotsial'naia psikhologiiia i obshchestvo. 2015. T. 6, № 1. Pp. 127—136.
- Sukhova E.V.* Neobkhodimost' psikhologicheskoi korrektsii u bol'nykh tuberkulezom legkikh. Problemy tuberkuleza i boleznei legkikh. 2004. № 10. Pp. 34—36.
- Sukhova E.V.* "Ftiza-shkola" — sistema kompleksnogo vozdeistviia na bol'nogo tuberkulezom. Problemy tuberkuleza. 2004. № 12. Pp. 35—41.
- Sukhova E.V., Sukhov V.M., Kornev A.V.* Osobennosti otnosheniia k bolezni bol'nykh tuberkulezom legkikh. Problemy tuberkuleza. 2006. № 5. Pp. 20—23.
- Sukhova E.V., Pochanin I.I.* Osobennosti lichnosti u bol'nykh s vperve vyavlennym tuberkulezom legkikh. Vestnik Samarskogo gosudarstvennogo ekonomicheskogo universiteta. 2010. 1 (63). Pp. 127—131.
- Tarabrina N.V.* Posttravmaticheskii stress u bol'nykh ugrozhaiushchimi zhizni (onkologicheskimi) zabolevaniiami. Konsul'tativnaia psikhologiiia i psikhoterapiia. 2014. № 1. Pp. 40—63.
- Fromm E.* Anatomiiia chelovecheskoi destruktivnosti / Moscow: AST, 2006. 640 p.
- Ellis A., Draidon U.* Praktika ratsional'no — emotsional'noi povedencheskoi terapii / M.: Rech'. 348 p.
- Epshtein D.Ia.* Dusha tuberkuleznogo v osveshchenii khudozhestvennoi i nauchnoi literatury / Kiev, 1929. 39 p.
- Day G.* L'approche psychosomatiquedelatuberculosepulmonaire / Lancet (May 12), 1951. Pp. 1025—1028.
- Dunbar F.* Emotions and Bodily Changes / N.Y. 1949. 604 p.
- Laennec R.* De l'auscultation mediate ou traite du diagnostic des maladies des paumons et de Coeur / Paris, 1819.

СМЫСЛ ВОЛОНТЕРСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ

Е.Л. КОРНЕЕВА

Волонтерское движение в России в последние годы набирает все большую популярность. Это направление работы обладает характеристиками, которые делают ее особо критичной к присутствию смысла: безвозмездный характер помощи, необязательность участия, неформальность устанавливаемых отношений, близость к основным экзистенциалам (например, смерть, болезнь и одиночество). Основные направления исследований волонтерства посвящены изучению характеристик волонтеров, их мотивации и прикладных вопросов деятельности. При этом ощущается нехватка работ, которые позволили бы осветить специфику данной деятельности с точки зрения ее участников. В статье представлены результаты анализа интервью с волонтерами двух объединений, оказывающих помощь пожилым людям в домах престарелых. В рамках феноменологического интерпретативного подхода описаны модусы переживания смысла волонтерами: выход за пределы обыденности, расширение границ, общность, «фундамент жизни».

Ключевые слова: смысл, волонтер, волонтерская деятельность, пожилые люди, модусы переживания смысла, интерпретативная феноменология.

Введение

Волонтерское движение в последние годы в России набирает все большую популярность. По данным Росстата, число зарегистрированных негосударственных некоммерческих организаций (НКО) с середины 1990-х годов увеличилось более чем в 6 раз [Бодренкова, 2013].

Характеристики, присущие данному виду деятельности (отсутствие материального вознаграждения, необязательный характер участия и в то же время необходимость следования формату оказываемой помощи и взятия на себя определенных обязательств, неформальность устанавливаемого контакта с реципиентом помощи, близость к основным экзистенциалам — смерти, болезни, старости, одиночеству [Корнеева, 2014], делают ее отличной от других видов занятий: как от профессиональной деятельности, участие в которой продиктовано объективной необходимостью и сопровождается материальным вознаграждением,

так и от увлечений и хобби, опыт участия в которых не обладает такой «экзистенциальной остротой» и, как правило, связан с безусловно приятными переживаниями.

Поскольку волонтерская деятельность лишена важнейшего побудительного средства человеческого поведения в виде материального вознаграждения и участие в ней не продиктовано внешней необходимостью (обеспечение себя, своей семьи и близких, социализация), она становится особенно «уязвимой» к наличию смысла. Поэтому на примере данного вида деятельности мы могли бы составить более полное и яркое представление о движущих силах и механизмах смыслообразования и смысловой динамике в процессе участия в деятельности.

Предмет основных направлений исследований, посвященных данной теме, можно сформулировать как ответы на следующие исследовательские вопросы: «Кто?», «Как?», «Почему?».

Первый вектор научных изысканий («Кто?») посвящен исследованию основных характеристик волонтеров. Согласно выводам ряда авторов, волонтерами становятся преимущественно женщины с уровнем образования не ниже среднего специального и социально-экономическим статусом не ниже среднего, имеющие более свободный график работы или учебы, которые участвуют в других видах социальной активности и обладают уровнем здоровья, допустимым для свободного перемещения [Allen, Rushton, 1983; Choi, 2003; Lodi-Smith, Roberts, 2007; Taniguchi, 2010]. Среди личностных качеств, присущих волонтерам, исследователи выделяют эмпатичность, высокие внутренние стандарты, эмоциональную стабильность, позитивное отношение к себе и другим [Allen, Rushton, 1983].

Другой вектор исследований («Как?») посвящен различным прикладным вопросам волонтерства: Каким образом осуществляется процесс оказания помощи? Каковы основные критические моменты деятельности и возможные превентивные меры по их устранению?

Например, в деятельности волонтеров хосписа были выделены следующие наиболее трудные моменты: недостаток времени, депрессивная природа работы, коммуникативные сложности, недостаток поддержки и оценки со стороны администрации и медперсонала [Grogger, 2013], ощущение использованности, встреча с пациентом на позднем этапе его болезни, невозможность оказать более действенную помощь пациентам и их семьям [Claxton-Oldfield S, Claxton-Oldfield J., 2008].

Для того, чтобы человек продолжал принимать участие в волонтерской деятельности, необходимо удовлетворение следующих основных потребностей: потребности в автономии, переживании собственной компетентности и ощущении связи с другими людьми [Deci, Ryan,

2000]. При этом удовлетворенность должна касаться разных аспектов деятельности: удовлетворенность организацией, выполняемой работой, условиями труда, слаженностью действий участников [Потапова, 2006].

Еще одно направление исследований волонтерства посвящено его мотивационно-смысловым аспектам: ученые пытаются ответить на вопрос «**Почему?**» (Почему волонтеры делают это? Что движет ими?). Большие (стремление снизить налоги, приобрести опыт работы, полезные знания и навыки) и внутренние (оказывать помощь людям, быть нужными и полезными для общества, самореализация и личностный рост) [Anderson, Moore, 1978; Clary, Snyder, 1999; Hank, Erlinghagen, 2010]. В зависимости от степени интернализации выделяют следующие виды мотивации: внутреннюю (помощь другим приносит радость), интегративную (она становится важной частью идентичности), идентифицированную (волонтерская деятельность поддерживает важные личные мотивы), реактивную (делать что-то, чтобы получить что-либо или избежать наказания или чувства вины) и внешнюю (например, исходя из внешних требований образовательного учреждения) [Warren, Garthwaite, 2014]. В то же время К. Пиллемер [Pillemer и др., 1996] подчеркивает, что ведущими механизмами, лежащими в основе всех мотивов, являются идентификация с тем, кому оказывается помощь, и фактор взаимности. Так, было показано, что зачастую волонтеры в прошлом сами имели опыт ухода за больными. Таким образом, пройдя через данное испытание, они стремятся каким-то образом помочь другим справиться с подобной ситуацией или завершить процесс горевания по умершему близкому человеку.

В то же время, пытаясь охватить различные аспекты волонтерства, мы едва ли можем ответить на вопрос «**Что?**». Что представляет собой волонтерская деятельность? С точки зрения внешнего наблюдателя, участие в ней может быть не совсем понятно, разумно, и в то же время мы можем наблюдать, что все больше людей находят в ней что-то важное для себя. При этом ответ на вопрос о значении этой деятельности для самих участников, мог бы по-новому осветить этот феномен, и в практическом отношении эти знания могли бы быть применены для разработки стратегий работы с волонтерами: привлечения новых участников, обучения и введения в деятельность, профилактики выгорания и уходов и т.д.

Метод

Для того чтобы увидеть эту деятельность глазами ее участников, мы провели полуструктурированное смыслоориентированное интервью с 16 волонтерами двух волонтерских организаций (христианская община и благотворительный фонд), навещающих пожилых людей в домах пре-

старелых. Волонтеры были отобраны из двух групп, уравненных по стажу деятельности, полу и выполняемой ими роли. Интервью начиналось традиционно общим вопросом — просьбой рассказать о своей деятельности («Я пишу работу, посвященную людям, которым помогают пожилым, знаю, что Вы этим занимаетесь. Не могли бы рассказать об этом?») с последующим развитием возникающих тем, а также раскрытием основных тематических блоков, выделенных на предыдущей фазе исследования. При обработке полученных данных мы использовали феноменологический интерпретативный анализ [Willig, Billin, 2011].

Основываясь на феноменологической традиции, данный метод направлен на описание качества и структуры опыта участников, а также того, каким образом этот опыт осмысливается ими. Получаемое таким образом знание относится к субъективно переживаемому опыту. Исследователь пытается понять этот опыт, а для этого он стремится максимально «вжиться» в мир интервьюируемого, подойти максимально близко к конструируемой им реальности, вскрыть не только содержательно, что для него важно в том или ином опыте, но и сделать картину переживания видимой для читателя. Другими словами, исследователь пытается ответить на вопрос не только что значимо для человека в той или иной ситуации, но и как эта личная значимость переживается самим участником («felt sense»). В рамках настоящего исследования мы пытались ответить на вопрос: что значит участие в этой деятельности для самих волонтеров, что оно дает им, их жизни, как переживается.

Интерпретативный модус понимания феноменологического метода предполагает неизбежность и целесообразность интерпретации полученных данных. Использование интерпретации целесообразно, так как представляет смыслы участников более явственным, наглядным для читателя образом. И в то же время, проведение анализа без привнесения собственных пред-знания и позиции относительно этого опыта невозможно. Поэтому анализ строится как постоянное и последовательное движение от предположений исследователя к интерпретации и обратно.

В рамках данного исследования для структурирования опыта участников мы использовали анализ по выделенным категориям (с привлечением компьютерной программы MaxQDA), пытаясь ответить на вопрос, какие аспекты деятельности являются наиболее лично значимыми для волонтеров. На следующем этапе мы постарались войти в переживаемую реальность этого опыта и выделить основные модусы переживания и осмысления, которые определяют своеобразие субъективной картины этой деятельности. В ходе анализа мы старались соотносить внешнюю реальность и условия разворачивания данной деятельности (близость к основным экзистенциалам: смерти, одиночеству, старости и т.д.; необязатель-

ный характер участия; неформальность устанавливаемых отношений; свободный выбор и т.д.) с ее внутренней смысловой картиной, представленной самими участниками в ходе интервью.

Следует отметить, что такое «проникновение», пусть и отличающееся субъективным характером восприятия исследователя, стало возможным, благодаря тесному знакомству автора статьи с реалиями волонтерского мира, многолетнему опыту участия в различных конференциях и круглых столах на заданную тему, регулярным обсуждениям и рефлексии данного опыта, общению с различными волонтерами как из России, так и из других стран Европы и Африки.

Основные результаты

В результате проведенного анализа интервью были выделены следующие модусы переживания волонтерской деятельности («переживаемые смыслы», «felt senses» [Willig, Billin, 2011].

1) Выход за пределы обыденности (выход за пределы привычной, «будничной» жизни, состояние предельности, экзистенциальной остроты, инаковости, неординарности, «пограничности» волонтерской деятельности).

Многими волонтерами подчеркивается, что опыт данной деятельности является «иным», отличающимся от обычной жизни. Волонтеры говорят об «особой атмосфере поездки» или «особом состоянии», возникающем в процессе этой деятельности.

Данное ощущение складывается, прежде всего, благодаря особым условиям разворачивания данной деятельности: низкая популярность помощи пожилым людям по сравнению с помощью другим группам (прежде всего детям) («никто больше не ездит к ним», «если я не приду, то никто не придет»), близость к основным жизненным экзистенциалам (смерти, старости, болезни и т.д.), особый мир пожилых людей, («инаковый» по отношению к миру волонтеров: по возрасту, социально-экономическому статусу, пережитому опыту; мир изначально незнакомых, далеких людей, взгляд которых обращен в прошлое, предполагает рефлексия прожитой жизни; смыслообразующий кризис пожилого возраста [Ермолаева, 1999; Лидерс, 2000; Марцинковская, 1999] — все это придает данному опыту некоторую «остроту», «предельность», выводит из привычного состояния.

«Особое состояние, когда ты слушаешь кого-то с особой внимательностью, присутствием, и он тебе что-то рассказывает, то, о чем никогда не рассказывал прежде, как-то раскрывается перед тобой, и ты видишь и хрупкость, и красоту, и достоинство, и что-то говорит важное тебе, нам, что-то личное тоже, показывающее, как наш приход важен и ценен

для них. И как мы потом выходим и идем вместе, и как хорошо, что вот что-то нас такое особое объединяет, и мы можем это обсудить, поговорить об этом, вспомнить, и как-то хорошо на душе, полным-полно, и кажется, все как-то неслучайно и неспроста, и все значимо и хорошо, и правильно как-то» (А.)¹.

Благодаря своей «инаковости», отличности от привычного хода жизни, данный вид деятельности может представляться волонтерам как своеобразный вид хорошего, полезного отдыха.

«Да, да, выезд к бабушкам — конечно, отдых. Если вдруг много новых людей, я волнуюсь, как там все пройдет, как мы соберемся, боюсь опоздать. А в основном, если это не очень большая, обычная поездка к нашим бабушкам, которые ждут — это всегда радость и отдых» (Л.).

В этом трансцендентном измерении опыта переживание тоже приобретает парадоксальный характер. Удивителен контраст между описанием внешних условий нахождения пожилых людей в домах престарелых, которые воспринимаются как «тяжелые», «грустные» (трудности с персоналом, состояние пожилых людей: «овощи») и переживанием «радости», о котором волонтеры говорили наиболее часто (*«Бабушки, которые ждут и рады — это безумный позитив» — Л.*).

Такого рода радость, видимо, можно отнести скорее не к собственно гедонистическим эмоциям, связанным с переживанием удовольствия, но к особому классу радости, в большей степени связанной с обретением и воплощением смысла (*«радостно, потому что осмысленно и интересно» — Т.*), она связана с выходом за пределы привычного состояния, дарит состояние полета, душевного подъема, изменения, ощущение значимости и важности переживаемого.

«Дает радость, на самом деле. Радость, какое-то окрыление. Я очень много раз приходила туда как выжатый лимон, без сил, в отвратительном настроении, и уходила счастливая, окрыленная, радостная, полная сил и с полным сердцем, потому что это здорово» (С.).

Со временем радость может приобретать стойкий, устойчивый характер, волонтеры говорят о ней как о «норме жизни» (радость поездки в дома престарелых, когда для всех это событие, когда «все рады, все довольны» — и волонтеры, и пожилые люди). Таким образом, несмотря на внешние «грустные» условия дома престарелых, радость становится своеобразным внутренним «атрибутом» данной деятельности.

2) Расширение границ (выход за границы привычного, расширение горизонта, границ, понимание, открытия, изменения).

¹ Здесь и далее за цитатами указывается первая буква имени каждого из опрошенных волонтеров.

Соприкосновение с экзистенциальными данностями «расшатывает» границы обыденного, привычного — как представлений о себе, так и о мире, о людях, о своей жизни. Через этот экзистенциальный накал внешней ситуации запускается внутренний процесс осмысления, который может приводить и к внутренней трансформации. Как сказал один из волонтеров, «это не всегда радость, но изменение души».

Вхождение в изначально «инаковый» мир пожилых людей, развитие отношений с ними оказывает влияние на восприятие пожилых людей, старости, болезни — возникает больше понимания людей данного возраста, отношения к ним в обществе («как к каким-то маленьким беспомощным детям»), их потребностей, «языка» («лучше понимаю, чем они живут, что для них важно, и как для них важно внимание» — А.), появляется больше принятие («если бы я не пришла к этим людям в дом престарелых, я бы не понимала, что такое старость, я бы ее боялась», «учусь любить, принимать старость» — Т.).

Некоторые волонтеры отмечают влияние опыта, полученного в доме престарелых, на их жизнь в целом, таким образом, границы данного опыта внутренне расширяются от конкретных людей в доме престарелых до близких людей, людей в трудной жизненной ситуации. Это может создавать ощущение своеобразной готовности к столкновению с подобными реалиями в будущем, в своей жизни, в жизни своих родных.

«Зато мне есть, что теперь ответить людям, которые мне говорят: «А зачем ты идешь к каким-то чужим старикам, а надо помогать своим?». Потому что я поняла, что в этом служении и в этой дружбе ты открываешь и то, что тебе помогает понимать своих. И это просто очень конкретно» (С.).

Соприкосновение с миром старости, умирания делает перспективу собственной старости более близкой, осязаемой. Многие волонтеры отмечают, что часто задумываются об этом. Некоторые волонтеры говорят о нежелании стареть, о страхе дожить до собственной старости. Другие, наоборот, смотрят на нее в более позитивном ключе, отмечают, сравнивая с конкретными примерами старения, какими бы они хотели стать в старости («*Старости светлой, человека который верит, молится, любит других и заботится о других ...Я не могу сказать, что у меня нет страха перед старостью. Просто у меня есть, к чему стремиться. То есть, я знаю, какой я хочу быть*» — К.). Таким образом, осознание перспективы собственной старости, смерти в будущем, способствует более четкому определению собственных приоритетов, ценностей в настоящем:

«Должна быть вера в смысл, любовь к Богу, к окружающим людям, нужно быть очень мудрым и сильным к старости, чтобы действительно можно было осмысленно переживать, потому что не сможешь уже ничего менять сильно» (Т.).

Через общение с самыми разными пожилыми людьми, часто на исходе их жизни, в разных проявлениях и состояниях физического и психического здоровья, может открываться какой-то новый способ видения человека, его природы в контексте уходящей жизни, приближающейся или свершившейся смерти:

«И я смотрела, глядя на нее, понимала, что такой человек, что-то очень глубинное, что не исчезает до самой смерти, в каком бы ты там не был, что будут называть деменцией, ты можешь потерять всю память, но, при этом, ты останешься таким же человеком, каким и был, только притворяться уже не сможешь, ...и поняла, что нужно быть просто хорошим человеком, что это не исчезнет, я раньше думала, что это наше вот культурное наслоение — это наша любовь к людям, пропадет, если мы перестанем как-то, что это что-то такое сложное-сложное, появляется с годами, не с годами, а оказалось, что это как природа человеческая, что она бывает такая» (В.).

Участие в волонтерской помощи пожилым людям требует общения с самыми разными людьми на разных уровнях, поэтому неслучайно, что почти все волонтеры отмечают произошедшие в них изменения в области взаимодействия и отношений с другими людьми, приобретение новых друзей, а также изменение качества общения («большая открытость», «меньше страха», ощущение «братства с другими людьми», «широко», «расслабленно», «общение со всеми»).

Волонтеры также говорят о появлении и развитии у них новых качеств (внимательность, верность, способность слушать других), изменении представлений о себе («в этом общении открывается, что твое сердце, твои интересы гораздо шире, чем думаешь») и в самоотношении («самооценка повышается», «гордость появляется»).

3) Общность (переживание чувства общности с волонтерами, со всеми людьми в целом, с семьей, с Богом, с различными сторонами своей личности)

Описанная выше «острота», трансцендентность, характерная для данного опыта, переживается не в одиночку, но совместно с другими волонтерами. Поскольку другие волонтеры становятся соучастниками такого же экзистенциально насыщенного, острого, трансцендентного опыта, первоначальная общность интересов, ценностей и людей, «которые делят с тобой общий взгляд на старость, одиночество», укрепляется за счет разделенного, совместного переживания опыта помощи. Все это способствует единению и сближению внутри группы, развитию особых отношений близости, доверия, дружбы. Многие волонтеры используют «мы» вместо «я», описывая свой опыт, при этом другие волонтеры описываются как «лучшие люди», «сотоварищи».

Волонтеры говорят также о развитии отношений, общности и с пожилыми людьми. Своеобразным мостом к миру пожилых людей может выступать какой-то предшествующий опыт из семьи, детства, который делает мир пожилых людей изначально более знакомым, лично значимым, привлекательным: *«Думаю, потому что бабушка с дедушкой меня растили, поэтому у меня очень сентиментальное отношение к дедушкам особенно, как-то всегда очень умиляют дедушки, и мне понятны они, понятен их язык, и это уважение, которое вызывают старики, что это кто-то близкий»* (М.), *«Потому что в семье у нас лежащая прабабушка, пожилые бабушка и дедушка, у нас был лежащий дедушка, который умер — скорей всего, это оказало влияние, потому что достаточно много родственников, и мы хорошо понимаем психологию стариков — по крайней мере, нам так кажется. Мы понимаем их потребности»* (Л.).

Через вхождение в мир пожилых людей, знакомство с реалиями их жизни волонтеры начинают примерять на себя данный опыт, таким образом они могут входить в контакт с различными сторонами своей личности:

«Потом, когда у тебя случаются моменты, когда ты болеешь, и не можешь сам себе в магазин сходить, ты понимаешь, что это та ситуация, в которой люди в домах престарелых живут уже годами, если у тебя не было опыта со стариками, а потом перекрестного такого опыта в твоей жизни, слабости кратковременной, ты бы не понимал их, и меньше бы понимал себя» (М.).

Такое переживание общности, общей судьбы (основных вех жизни, в особенности старости и смерти) сближает изначально далеких волонтера и пожилого человека. Столкновение с неизвестными прежде реалиями человеческой жизни, и их более полное проживание, порождает чувство единения и со всеми людьми в целом — открытие чего-то общего, универсального, присущего всем людям: неминуемость смерти, хрупкость человеческой жизни, непреходящие ценности любви, мира и т.д., это дает волонтерам большую открытость и легкость в общении: *«большая расслабленность и большая уверенность, наверное, и упование, что ничего дурного не подумают — не потому, что я стала такая раскрепосная, а просто потому, что в людях начинаешь в большей степени видеть братьев, сестер, себе подобных»* (А.).

Участие в данной деятельности также может выводить и на другой уровень человеческого существования — некоторые волонтеры начинают больше задумываться о религии, вере, Боге. Особенно ярко это выражается в опыте переживания смерти — когда становится невозможным оставаться на чисто «человеческом» уровне («когда видишь, как гроб закапывают»). Кто-то говорит о «более философском отношении к смерти», кто-то — о «надежде на встречу в ином мире». Само участие

может субъективно рассматриваться волонтерами не только в человеческой плоскости, как общение с пожилыми людьми, но и в контексте присутствия в этом процессе каких-то высших сил, Бога:

«Ну, мне кажется, что хожу туда с такой целью, чтобы быть ближе к Богу. Наверное, я бы могла бы еще другое дело делать, но что бы я не делала в таком духе, будучи с людьми в более трудной ситуации — смысл бы для меня был бы тоже такой» (О.).

4) «Фундамент жизни» (стабильность, «основа», «константы», «погруженность» в жизнь, полнота, осмысленность, радость, поддержка, «не напрасность» жизни).

Участие в данной деятельности (благодаря экзистенциальной «остроте» опыта, расширению границ понимания, более глубокому осмыслению себя, других людей и жизни в целом) может приводить к изменению качества жизни — она становится более «радостной, полной, осмысленной»:

«У меня повышается настроение, уже нет такой пустоты, когда не знаешь, нет особой цели. Бывает, когда плохое настроение, пропадает не то, чтобы цель в жизни, но мотивация. А когда побываешь рядом с людьми, когда сделаешь им приятное, когда привязываешься к этим людям, понимаешь, какие они замечательные — всегда становится лучше, чувствуешь себя полнее» (Л.).

И наоборот, размышляя о гипотетической возможности прекращения данной деятельности, волонтеры представляют свою жизнь «пустой, грустной, лишенной смысла»: *«Скажем, она потеряла бы часть смысла. Ну, возможно, я бы как-то погрустнел от того что, может быть, меньше смысла в жизни» (М.).*

При этом пустой воспринимается жизнь, связанная только с личными интересами, «когда не делаешь ничего для других», и это вызывает ощущение «растрачивания жизни», так как «ничего не приносишь для других людей». Перспектива такой жизни, «только для себя», оценивается волонтерами негативно. Эта пустота вызывает «плохое настроение», негативные переживания, грусть: *«когда проведешь выходные, никуда не сходя и не сумев никому помочь, чувствуешь себя совершенно пустым, и сразу начинает портиться настроение резко» (Н.).*

На место пустоты благодаря участию в данной деятельности приходит ощущение стабильности, «основы жизни», которая достигается наличием и укреплением жизненных ориентиров, реализацией ценностей, постоянством участия, общностью с группой (*«дает какую-то стабильность, основу моей жизни, что-то постоянное, правильное, нужное, приятное, теплое, родное» — А.*), что, в свою очередь, еще больше привлекает волонтера к данной деятельности.

Ощущение связей с пожилыми людьми также может придавать жизни чувства стабильности и постоянства. Эти отношения могут служить «поддержкой», «константами» для волонтеров, давать чувство спокойствия: *«Знаю, что Ольга Игнатьевна в доме престарелых, и как-то спокойно, что в жизни есть какие-то константы. И у меня бабушка живая, и продолжается жизнь, есть какие-то близкие тебе люди»* (Б.).

Опыт данной деятельности дает волонтерам также ощущение большей «включенности» в жизнь (*«не зря провел время, а сделал что-то полезное, какое-то ощущение погруженности в жизнь, что вот тут реальная жизнь»* (Л.)), «практического дела для людей» (М.), «просто сделать, чтобы они были немного счастливее» (З.), «что все не напрасно, что ты можешь что-то менять в этой жизни» (А.).

Ощущение «реальной», «настоящей» жизни, «осмысленного», «нужного» другим людям дела, возникающее в процессе оказания помощи пожилым людям, часто противоположно описанию других реалий жизни волонтеров: города, где *«столько равнодушных людей»*, работы *«где столько усилий»* и *«никакого смысла»*, *«абсолютно никому не нужно»* (О.).

Данная деятельность служит «фундаментом» не только для жизни, но и для личности волонтера. Через постоянство участия, реализацию значимых для себя ценностей происходит укрепление собственной позиции, своей личности, растет уважение к себе, уверенность:

«Это гордость, радость от того, что ты что-то делаешь, начинаешь себя уважать за это. Все равно думаешь, что человек, которого бы любила, который хорошо бы относился — он всегда бы ходил, делал бы, как ты. Начинаешь себя больше любить за это, что ли, не знаю» (Л.).

Кроме этого данная деятельность открывает широкие возможности для самореализации, возможности «приложить» себя в самых разных ситуациях и ролях: организации и проведении праздников, мероприятий для пожилых людей, сотрудничестве со СМИ и администрацией, поддержке новых участников:

«Самореализация очень большая. Потому что творческая натура требует размаха, и в домах престарелых там вообще миллион путей: можно петь, ставить сценки. Потом еще... ну, тут все: можно поруководить поездкой, потому что у меня уже достаточно опыта, и я знаю» (И.).

Эта возможность попробовать себя в самых разных ролях, выполнить разнообразные задачи, способствует укреплению своей жизненной позиции, открытию неизвестных сторон своей личности.

Обсуждение

Таким образом, в результате феноменологического интерпретативного анализа полуструктурированных смыслоориентированных интер-

вью с волонтерами двух волонтерских объединений, помогающим пожилым людям в домах престарелых, были выделены основные модусы переживания смысла: 1) выход за пределы обыденности, 2) расширение границ, 3) общность, 4) «фундамент жизни».

Вхождение в мир пожилых людей, проживающих в домах престарелых (людей, отличных по возрасту, опыту, состоянию здоровья, социально-экономическому статусу, их «особое», рефлексивное состояние по отношению к прожитой жизни и близость к основным экзистенциалам смерти, одиночества, старости и т.д.) дает ощущение «остроты», предельности, «особого» качества внутренне переживаемого опыта. Такая «экзистенциальная встряска» заставляет волонтеров по-новому взглянуть на себя и свою жизнь, приводит к расширению границ привычного, к различным изменениям (в общении с людьми, восприятии пожилых людей, старости, самоотношении и т.д.). Ключевая особенность данного опыта заключается в том, что он переживается не в одиночку, но совместно с другими волонтерами, включенными в данный процесс. Ощущение объединяющего, совместно пережитого, значимого, трансцендентного опыта связывает волонтера с группой, а также с пожилыми людьми, со всем человечеством, с Богом. Все это приводит к изменению качества жизни волонтеров, они отмечают большую «включенность», укорененность в реальности, жизнь становится «полной, осмысленной, радостной».

Таким образом, если в объективной реальности волонтерская деятельность представляет собой однонаправленный процесс, целью которого является достижение блага других людей (в данном случае пожилых), то в субъективном плане он выглядит более сложным, многоплановым, может выступать как процесс взаимного обогащения, изменения, роста. Это приводит к тому, что многие волонтеры воспринимают себя в большей степени получающими, чем дающими. Такое видение процесса снимает вопрос об истоках волонтерской мотивации (альтруистических или эгоистических ее началах) и заставляет по-новому взглянуть на волонтерскую деятельность — как одну из возможностей «приложения себя», улучшения качества жизни, развития и внутреннего обогащения людей в процессе совместной общественно значимой деятельности.

Полученные результаты могут быть использованы в практике деятельности волонтерских организаций через акцентирование, поддержку и фасилитацию переживаний смысла данной деятельности, с применением различных стратегий работы по привлечению, обучению, удержанию волонтеров.

ЛИТЕРАТУРА

- Бодренкова Г.П.* Системное развитие добровольчества в России: от теории к практике / Учебно-методическое пособие. М.: АНО «СПО СОТИС», 2013. 320 с.
- Ермолаева М.В.* Методы психологической регуляции эмоциональных переживаний в старости // Психология зрелости и старения. 1999. № 1. С. 22—48.
- Лидерс А.Г.* Кризис пожилого возраста: гипотеза о его психологическом содержании // Психология зрелости и старения. 2000. № 2. С. 6—11.
- Марцинковская Т.Д.* Особенности психического развития в позднем возрасте // Психология зрелости и старения. 1999. № 3. С. 13—17.
- Потапова Н.А.* Групповые и личностные факторы социально-психологического климата волонтерских объединений. Дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 2006. 215 с.
- Allen N.J., Rushton J.P.* Personality characteristics of community mental health volunteers a review // Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly. 1983. Vol. 12 (1). P. 36—49. DOI: 10.1177/089976408301200106
- Anderson J.C., Moore L.F.* The Motivation To Volunteer // Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly. 1978. Vol. 7 (30). P. 120—129. DOI: 10.1177/089976407800700312
- Choi L.H.* Factors Affecting Volunteerism among Older Adults // Journal of Applied Gerontology. 2003. Vol. 22 (2), P. 179—196.
- Clary E.G., Snyder M.* The Motivations to Volunteer: Theoretical and Practical Considerations // Current Directions in Psychological Science. 1999. Vol. 8 (5). P. 156—159.
- Claxton-Oldfield S., Claxton-Oldfield J.* Some Common Problems Faced by Hospice Palliative Care Volunteers // American Journal of Hospice & Palliative Medicine. 2008. Vol. 25 (2). P. 121—126. DOI: 10.1177/1049909106289079.
- Deci E.L., Ryan R.M.* The «what» and «why» of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior // Psychological Inquiry. 2000. № 11. P. 187—223.
- Groger L.* Doing Good for the Aged : Volunteers in an Ombudsman Program // Contemporary Sociology: A Journal of Reviews. 2004. Vol. 33 (2). P. 175—176.
- Hank K., Erlinghagen M.* Volunteering in "Old" Europe: Patterns, Potentials, Limitations // Journal of Applied Gerontology. 2010. Vol. 29 (1). P. 3—20. DOI: 10.1177/0733464809333884
- Korneeva E.L.* Volunteer activity for helping elderly people: «meaningful» view // European Social Science Journal. 2014. № 6. Том 3. С. 369—378.
- Lodi-Smith J., Roberts B.W.* Social Investment and Personality: A Meta-Analysis of the Relationship of Personality Traits to Investment in Work, Family, Religion, and Volunteerism // Pers Soc Psychol Rev. 2007. Vol. 11 (1). P. 68—86. DOI: 10.1177/1088868306294590.
- Pillemer K., Landreneau L.T., Suito J.J.* Volunteers in a peer support project for caregivers: What motivates them? // AM J ALZHEIMERS DIS OTHER DEMEN. 1996. Vol. 11. P. 13—19. DOI: 10.1177/153331759601100504
- Taniguchi H.* Who Are Volunteers in Japan? // Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly. 2010. Vol. P. 161—179.

Warren J., Garthwaite K. We are volunteers and that sometimes gets forgotten': exploring the motivations and needs of volunteers at a healthy living resource centre in the North East of England // *Perspectives in Public Health*. № 4. 2014. DOI: 10.1177/1757913914529559

Willig C., Billin A. Existential-Informed Hermeneutic Phenomenology // *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy: A Guide for Students and Practitioners*. Eds D. Harper and A. R. Thompson / UK. Chichester, 2011. P. 117—130.

FELT SENSES OF VOLUNTEERS WHO HELP ELDERLY PEOPLE IN INSTITUTIONS

E.L. KORNEEVA

In the recent years voluntarism in Russia has been growing steadily. This activity has some characteristics, which make it particularly sense sensitive: it is performed without any payment, or any obligation motives, volunteers are more likely to establish personal and closed relationships with elderly people and get in touch with main existentials (death, blame, suffer, aging, etc.). The main directions of volunteerism scientific investigation are generally devoted to volunteers' characteristics, their motivation and organizational issues. At the same time there is a lack of studies, which could represent this activity from the participants' point of view. In this article the results of interview analysis with volunteers from two volunteer organizations, who provide help for elderly people in institutions, are exposed. Following the approach of phenomenological interpretative analysis, "felt senses" are described: breaking everyday life bounds, broadening perspective, sense of unity, "the foundation of life".

Keywords: felt senses, volunteer, volunteerism, volunteer activity, elderly people, meaningful themes, interpretative phenomenology.

Bodrenkova G.P. Sistemnoe razvitie dobrovol'chestva v Rossii: ot teorii k praktike / uchebno-metodicheskoe posobie [Systematic development of volunteerism in Russia: from theory to practice / teaching aid]. Moscow: ANO "SPO SOTIS", 2013. 320 p.

Ermolaeva M.V. Metody psikhologicheskoi regulyatsii emotsional'nykh perezhivanii v starosti [Psychological regulation methods of emotional experience in the elderly age]. *Psikhologiya zrelosti i stareniya* [Psychology of maturity and aging], 1999. No. 1. Pp. 22—48.

Liders A.G. Krizis pozhilogo vozrasta: gipoteza o ego psikhologicheskom sodержanii [Elderly age crisis: hypothesis about its' psychological content]. *Psikhologiya zrelosti i stareniya* [Psychology of maturity and aging]. 2000. No. 2. Pp. 6—11.

Martsinkovskaya T.D. Osobennosti psikhicheskogo razvitiya v pozdnem vozraste [Characteristics of psychological development in the senior age]. *Psikhologiya zrelosti i stareniya* [Psychology of maturity and aging]. 1999. No. 3. Pp. 13—17.

- Potapova N.A.* Gruppovye i lichnostnye faktory sotsial'no-psikhologicheskogo klimata volonterskikh ob"edinenii. Diss.kand.psikhol.nauk.[Group and personal factors of socio-psychological climate of volunteer associations. Ph. D. (Psychology) diss.]. St. Petersburg, 2006. 215 p.
- Allen N.J., Rushton J.P.* Personality characteristics of community mental health volunteers a review. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 1983. Vol. 12, no. 1, pp. 36—49. DOI: 10.1177/089976408301200106
- Anderson J.C., Moore L.F.* The Motivation To Volunteer. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*. 1978. Vol. 7, no. 30. Pp. 120—129. DOI: 10.1177/089976407800700312
- Choi L.H.* Factors Affecting Volunteerism among Older Adults. *Journal of Applied Gerontology*, 2003. Vol. 22, no 2. Pp. 179—196.
- Clary E.G., Snyder M.* The Motivations to Volunteer: Theoretical and Practical Considerations. *Current Directions in Psychological Science*, 1999. Vol. 8, no. 5. Pp. 156—159.
- Claxton-Oldfield S., Claxton-Oldfield J.* Some Common Problems Faced by Hospice Palliative Care Volunteers. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 2008. Vol. 25, no. 2. Pp. 121—126. DOI: 10.1177/1049909106289079.
- Deci E.L., Ryan R.M.* The "what" and "why2 of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*. 2000. No. 11. Pp. 187—223.
- Groger L.* Doing Good for the Aged : Volunteers in an Ombudsman Program. *Contemporary Sociology: A Journal of Reviews*. 2004. Vol. 33, no. 2. Pp. 175—176.
- Hank K., Erlinghagen M.* Volunteering in "Old" Europe: Patterns, Potentials, Limitations. *Journal of Applied Gerontology*. 2010. Vol. 29, no. 1. Pp. 3—20. DOI: 10.1177/0733464809333884
- Korneeva E.L.* Volunteer activity for helping elderly people: "meaningful" view. *European Social Science Journal*. 2014. Vol. 3, no. 6. Pp.369—378.
- Lodi-Smith J., Roberts B.W.* Social Investment and Personality: A Meta-Analysis of the Relationship of Personality Traits to Investment in Work, Family, Religion, and Volunteerism. *Pers Soc Psychol Rev*. 2007. Vol. 11, no. 1. Pp. 68—86. DOI: 10.1177/1088868306294590.
- Pillemer K., Landreneau L.T., Sutor J.J.* Volunteers in a peer support project for caregivers: What motivates them? *AM J ALZHEIMERS DIS OTHER DEMEN*. 1996. no.11. Pp. 13—19. DOI: 10.1177/153331759601100504
- Taniguchi H.* Who Are Volunteers in Japan? *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*. 2010. Vol. 39. Pp. 161—179.
- Warren J. and Garthwaite K.* We are volunteers and that sometimes gets forgotten': exploring the motivations and needs of volunteers at a healthy living resource centre in the North East of England. *Perspectives in Public Health (Impact Factor:1.09)*. № 04. 2014. DOI: 10.1177/1757913914529559
- Willig C., Billin A.* Existentialist-Informed Hermeneutic Phenomenology. *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy: A Guide for Students and Practitioners/ eds D. Harper and A.R. Thompson*. UK. Chichester, 2011. Pp. 117—130.

СТРАТЕГИИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЛИНАРКОМАНИИ

А.И. МЕЛЁХИН, Ю.В. ВЕСЕЛКОВА

За последние несколько лет когнитивно-поведенческая психотерапия, направленная на предотвращение и минимизацию рецидива, оказалась наиболее эффективным методом лечения зависимости от психоактивных веществ (опийная наркомания, кокаинизм, каннабизм и полинаркомания). В данной статье описаны психотерапевтические протоколы лечения полинаркоманности. Приведены интегративные принципы краткосрочной когнитивно-поведенческой психотерапии наряду с мотивационной терапией, психообразованием и системно-семейной терапией. Представлены шаги проведения мотивационного интервью, функционального анализа проблемного поведения, обучения социальным навыкам и техникам преодоления негативного стресса, основанные на принципе осознанности. Особое внимание в статье уделяется профилактике рецидивов у пациентов с полинаркоманией.

Ключевые слова: когнитивно-поведенческая психотерапия, полинаркомания, реабилитация, наркомания, мотивационное интервью, копинг-навыки.

Использование краткосрочных форм когнитивно-поведенческой психотерапии (далее — КПП), ориентированных на обучение пациента и его родственников навыкам преодоления срывов, стало важной частью спектра медицинской помощи при лечении зависимых пациентов от психоактивных веществ (далее — ПАВ). Эти формы когнитивно-поведенческой психотерапии получили названия: BRIEF-Cognitive-behavioral treatment или Cognitive-behavioral coping skills treatment.

К.М. Carroll (1998) была предложена триада помощи пациентам зависимым от ПАВ:

- обучение **распознаванию** срыва (recognize);
- обучение стратегиям **избегания** (avoid) ;
- обучение стратегиям **совладания** (cope) с зависимостью и другими проблемными ситуациями.

Определив, что основной мишенью психотерапии является изменение поведенческих навыков и стратегий, которые приводят пациента к срыву, психотерапевт уделяет особое внимание вопросу соблюдения ре-

жима лечения и выявлению выгод от краткосрочной и долгосрочной систематической помощи (когнитивных тренингов, индивидуальных и групповых занятий, семейной терапии, психообразования, рецидивной терапии) [Буизман, 2007].

Выделяют следующие аспекты краткосрочной когнитивно-поведенческой психотерапии [Brief interventions, 1999]:

— Решение конкретной проблемы, прицельный ориентир на симптом, а не на то, что за ним.

— Четкое определение цели терапии связано с конкретными изменениями в поведении.

— Цели терапии должны быть понятны как пациенту, так и специалисту в области психического здоровья.

— Результаты терапии видны незамедлительно.

— Ответственность за изменение своего состояния несет пациент.

— В начале процесса терапии внимание пациента акцентируется на его прошлом опыте приема ПАВ, ранних психологических травмах, что позволяет повысить самоэффективность в решении проблемы.

— Результаты терапии рассматриваются в динамике и измеряются количественно и качественно.

Изначально когнитивно-поведенческая психотерапия зависимостей от ПАВ была разработана как способ предотвращения рецидива у пациентов с алкогольной зависимостью с целью научить пациентов избегать или преодолевать повышенный уровень напряжения. Позже фокус внимания специалистов переключился на пациентов, употребляющих кокаин [Samp, Kadden, 2001].

Методы когнитивно-поведенческой психотерапии позволяют показать пациенту, что социальное обучение и научение играют важную роль в развитии ригидного мышления и неадаптивного поведения. Совместно с психотерапевтом пациент учится выявлять и устранять неадаптивное поведение, используя различные копинг-стратегии и техники, чтобы прекратить употребление наркотиков и научиться решать возникающие жизненные трудности, не прибегая к употреблению ПАВ [Carroll, 1998].

Существуют различные протоколы лечения наркомании в рамках КПП [Samp, Kadden, 2001]:

— Мотивационная терапия (Motivational enhancement therapy, MET) с включением 2 индивидуальных сессий мотивационного интервью и 3 групповых сессий КПП (MET/CBT5).

— Мотивационная терапия с включением полного курса КПП — 12 сессий (MET/CBT5 + CBT7).

— Терапия поддержки семьи (The Family Support Network, FSN), включающая MET5+CBT7 для самого пациента и курс семейной тера-

пии (5 сессий) для его родственников (психообразование, домашние встречи, поддерживающие группы для родителей).

— Многоуровневая семейная терапия (Multidimensional Family Therapy, MDFT), один раз в неделю в течение 12 недель с фокусом на семейные роли и дисфункции в семейной системе¹.

Перечисленные протоколы объединяет ряд техник, предназначенных для выработки и укрепления самоконтроля, в основе которых лежит выявление плюсов и минусов, связанных с употреблением ПАВ. Однако стоит учитывать, что на первых этапах терапии у пациентов возникают трудности с выявлением минусов влияния на собственную жизнь, особенно при попытках вспомнить отрицательные последствия употребления ПАВ на начальном этапе приема (во время т.н. «розового периода употребления»).

В связи с трудностями поиска минусов, выработки и укрепления самоконтроля проводятся: мотивационное интервью (2—3 сессии), психообразование (2—3 сессии) как самих пациентов, так и их родственников, что значительно повышает комплаентность пациентов к психотерапии. В рамках психообразования с пациентами и их родственниками обсуждаются вопросы, тематика которых показана на Рис. 1.

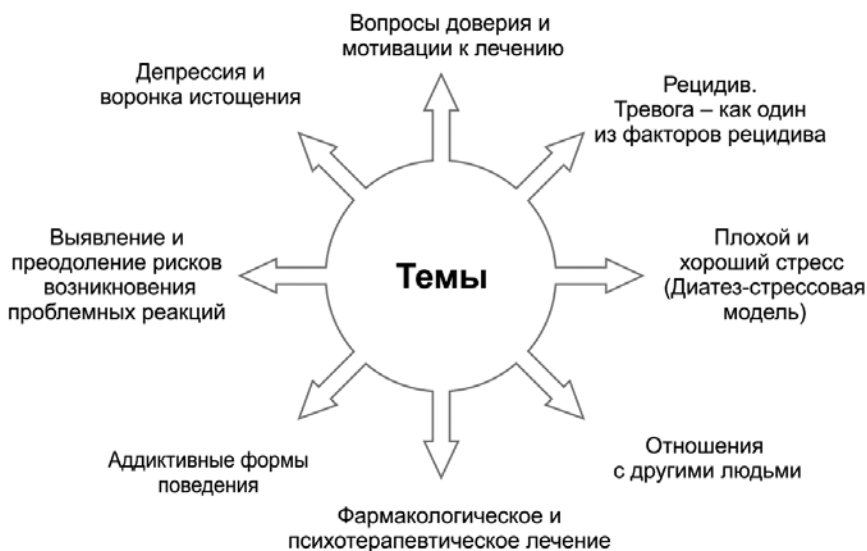


Рис. 1. Направления психообразования пациентов и их родственников

¹ Примечание. Подробнее об интеграции когнитивно-поведенческой терапии и системно-семейной терапии [Гаранян, Холмогорова 2013].

Благодаря психообразованию пациент и его родственники обучаются распознавать срыв на ранних этапах и выявлять потенциальные кризисные ситуации, и применяя полученные копинг-стратегии преодолеть рецидив, не прибегая к привычному аддиктивному поведению [Бауман, 2007]. Исследования показывают, что способы преодоления рецидива, основанные на методах КПП, эффективно сохраняют ремиссию у пациента на длительный срок — от одного года до нескольких лет [Reis de Oliveira, 2012; Patitjean, 2014].

Так же проводятся исследования, целью которых является создание более гибких интервенций при лечении зависимости от ПАВ путем объединения КПП с другими направлениями поведенческой психотерапии (например, с программой 12 шагов) [Ouimette, 1997].

Программа 12 шагов и когнитивно-поведенческая психотерапия

Традиционный подход 12 шагов, разработанный в парадигме самопомощи, объединяет пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью. Предполагается, что употребление психоактивных веществ является результатом биологической и/или психологической уязвимости, которая приводит к потере контроля над употреблением ПАВ. Пациенты, которые проходят программу 12 шагов, принимают модель собственной болезни (например: наркомания, алкоголизм) или собственную аддиктивную идентичность и следуют системе лечения, принимая участие в 12-ступенчатой программе. Данную систему критикуют за подход к лечению по типу «все или ничего», а также за стигматизацию (маркировку) пациентов. Вместо того чтобы сказать «я сделал ошибку», пациенту присваивается негативный ярлык «я неудачник». Этот ярлык приводит пациента к гневу, тревожности, фрустрации и низкой самооценке. Согласно постулатам когнитивно-поведенческой психотерапии ярлыки вредны и только усугубляют проблему. Некоторые исследователи отмечают, что цель ярлыков в 12 шаговых программах не в выработке у пациентов способности прекратить употребление наркотиков или алкоголя, а в обезличивание и формирование зависимости от групп, в которых реализуется данный подход (например, от группы АА (анонимные алкоголики) и АН (анонимные наркоманы)) [Ouimette, 1997].

Когнитивно-поведенческий подход к реабилитации от химической зависимости разработан в рамках теории социального научения и ряда клинических исследований. Основное предположение модели КПП — это то, что употребление психоактивных веществ является одной из форм неадаптивного поведения. Сам факт употребления психоактивных веществ является некой *поведенческой гипотезой*, которую пациент часто не замечает и не осознает. В этих случаях целями психотерапии

становятся осознанная проверка этой гипотезы и выявление тех факторов, которые поддерживают модель неадаптивного поведения (например убеждений о власти ПАВ над личностью, об отсутствии возможности самостоятельного прекращения употребления веществ, о невозможности справиться с состоянием дискомфорта в жизненных ситуациях). Психотерапевт совместно с пациентом, занимается выявлением негативных убеждений о приеме ПАВ и способствует их замене на более адаптивные, формирует новый репертуар копинг-стратегий, позволяющих предотвратить срыв.

Ранее считалось, что 12 шагов и КПП это два подхода, которые по-разному смотрят на вопросы этиологии, лечения и восстановления после употребления ПАВ. Однако, на данный момент, проведены два эмпирических исследования, которые сравнивают эффективность 12-шагов и КПП в лечении зависимости от ПАВ. В рандомизированном клиническом исследовании была показана относительная эффективность 12-шаговой терапии и профилактики рецидивов с помощью КПП в группах, зависимых от кокаина в амбулатории клиники. Пациенты после прохождения данной терапии сократили прием кокаина. Однако стоит учитывать, что лечение строилось на добровольном участии, что повышало эффективность лечения [Ouimette, 1997]. На данный момент, 12 шагов и КПП объединены в направление под названием «12-шаговая упрощенная терапия» (Twelve-Step Facilitated Therapy, сокр. TSF), которая направлена на мотивирование и осознание пациентом необходимости прохождения 12-шаговой программы [Ouimette, 1997].

Выделяют ряд преимуществ когнитивно-поведенческой психотерапии в лечении злоупотребления психоактивными веществами [Moyns, 2011]:

— КПП является краткосрочным подходом, хорошо подходящим для включения его в большинство клинических реабилитационных программ;

— КПП является гибким, индивидуализированным подходом, который может быть адаптирован к широкому диапазону пациентов, а также множеством форм применения (стационарный пациент, амбулаторный пациент) и форматов (групповые, индивидуальные занятия);

— особенно стоит отметить форму «письменной терапии» (Writing Therapy), когда в назначенное время каждую неделю пациент пишет психотерапевту о своих проблемных реакциях. Данная форма КПП особенно полезна для пациентов, которые испытывают трудности говорить о своих мыслях и чувствах;

— построение психотерапии с опорой на планирование лечения и выбор конкретных целей;

— КПП основана на структурированных принципах оценки прогресса лечения.

Структура психотерапии

Когнитивно-поведенческая психотерапия предполагает, что пациенты с наркоманией испытывают *дефицит навыков преодоления трудностей* [Kadden, 2001]. Они не могут эффективно использовать стратегии совладания и подавлять тягу к приему ПАВ. В связи с этим одной из первоочередных целей КПП химических зависимостей, является обучение пациентов распознавать ситуации, в которых они более всего склонны к принятию наркотических веществ, а также поиск путей избегания подобных ситуаций и/или способов более эффективно справляться с различными жизненными ситуациями, чувствами и поведением, связанными с употреблением ПАВ. КПП особое внимание уделяет функциональному (или поведенческому) и мотивационному анализу злоупотребления ПАВ. Психотерапия строится на выявлении и понимании убеждений (верований, установок), лежащих в основе представлений пациента о себе и о своем отношении к употреблению ПАВ [Буизман, 2007; Свит, 1997; Kadden, 2001].

Учитывая биопсихосоциальный подход к пониманию болезни, выделяют следующие задачи в рамках КПП пациентов с наркоманией [Samp, Kadden, 2001]:

1. Формирование мотивации к трезвости и ясности сознания.
2. Обучение навыкам преодоления трудностей (повышение стрессоустойчивости).
3. Обучение техникам релаксации.
4. Управление гневом и болезненными аффектами.
5. Улучшение межличностного функционирования и повышение уровня социальной поддержки.

Помимо вышеизложенных задач психотерапии, следует уделять внимание наличию и риску развития аффективных расстройств: депрессии, тревожного расстройства [Witkiewitz, Bowen, 2010]. В этом случае необходимо подключить к программе дополнительные протоколы психотерапии данных аффективных расстройств.

В когнитивно-поведенческой психотерапии для пациентов с наркоманией выделяют следующие психотерапевтические этапы [Carroll, 1998; Буизман, 2007]:

- мотивационное интервью (Motivational Interviewing);
- функциональный анализ поведения (Functional analysis);
- обучение пациента когнитивной модели и диспуту о дисфункциональных убеждениях;

- обучение пациента различным социальным навыкам (Skills Training);
 - обучение пациента совладанию со стрессом (Teaching Stress Management);
 - тренинг уверенности (Assertiveness Training);
 - профилактика рецидивов (Relapse Prevention).
- Рассмотрим более подробно данные компоненты.

Мотивационное интервью и цели терапии

После оценки соматического и психического состояния, в начале психотерапии, пациенту предлагается протокол мотивационного интервью [Motivation & Ambivalence], алгоритм заполнения которого показан на рис. 2.

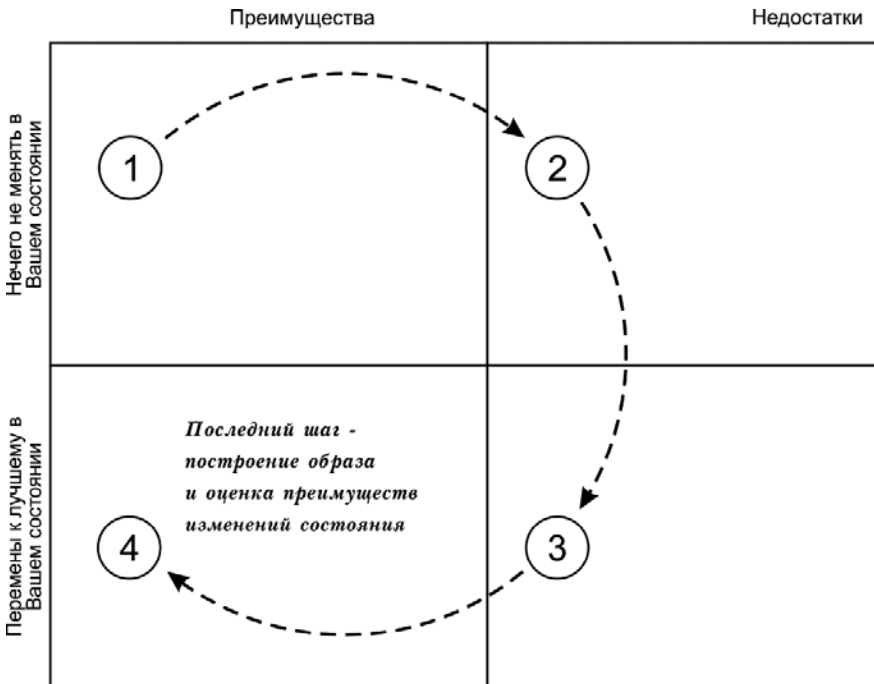


Рис. 2. Алгоритм заполнения протокола мотивационного интервью

Пациенту задаются следующие вопросы: 1) Каковы преимущества пребывания в данном состоянии; 2) Каковы недостатки пребывания в данном состоянии; 3) Есть ли недостатки при изменении состояния; 4) Есть ли преимущества в перемене состояния. Совместно с пациен-

том заполняются поля данного протокола, и ответы проговариваются вслух. Особое внимание стоит уделить мотивации пациента к переменам. Для этого можно использовать технику «Контракт с собой» [Харитонов, 2013; 2015], когда пациенту задается вопрос: «что Вы хотите изменить в себе?» (цель терапии) и каковы «стоп» цели (что пациент не хочет изменять). От психотерапевта требуется точно выявить те чувства, мысли и поведенческие паттерны, которые мешают пациенту взять на себя обязательства за изменение своего состояния. Копия мотивационного протокола обязательно отдается пациенту [Буизман, 2007; Соммерз-Фланаган, 2006; Moyers, Houck, 2011].

После заполнения протокола мотивационного интервью пациенту предлагается лист личных целей (Personal Goal Worksheet) со следующими вопросами [Samp, Kadden, 2001]:

Каковы мои цели в отношении отказа от приема наркотиков?

Каковы причины следовать этой цели?

Какие шаги я планирую предпринять, чтобы достичь этой цели?

Если цели являются недостаточно определенными или неуместными для лечения, то психотерапевт совместно с пациентом заполняет протокол, предлагая несколько идей, которые могут помочь выявить цели. В ходе заполнения протокола психотерапевт может предложить внести изменения таким образом, чтобы пациент не чувствовал критику. Если у пациента возникают проблемы с формулированием целей, есть несколько способов, чтобы помочь ему [Samp, Kadden, 2001; Харитонов, 2015]:

— Скажите пациенту, что на этапе прекращения употребления, более успешны люди, имеющие четкое планирование и копинг-стратегии для избегания ситуаций которые приводят к употреблению.

— Спросите пациента о том, чем он может отвлечь себя, от мыслей об употреблении наркотиков?

— Обратите внимание пациента, что в ходе лечения он будет больше узнавать о конкретных стратегиях позволяющих решить проблему употребления наркотиков.

После того как лист целей заполнен, психотерапевт просит пациента прочитать его вслух, предварительно объяснив, что чтение вслух помогает укрепить мотивацию для достижения цели. Копия листа целей обязательно отдается пациенту на руки [Samp, Kadden, 2001].

Для оценки мотивации включения пациента в психотерапию используются *визуально-аналоговые шкалы*, когда пациенту на каждой сессии предлагается оценить желание продолжить лечение и заинтересованность в нем по 10 бальной шкале. Оценка комплаенса и приверженность пациента лечению оценивается так же по 10 бальной шкале самим специалистом [Харитонов, 2013; 2015].

Функциональный анализ проблемного поведения

Под функциональным анализом понимается анализ предпосылок (триггеров) к употреблению и последствий от употребления ПАВ. Этот анализ позволяет пациенту увидеть свое неадаптивное поведение, а также выявляет мотивы и препятствия для его изменения. Анализ предпосылок проводится с помощью техники «5 вопросов» (5 Ws): Когда? Где? Почему? С кем / От кого? Что случилось дальше? [Carroll, 2008]. Дополнительно проводится анализ:

- Мест, где пациент покупает и употребляет наркотики.
- Внешних и внутренних сигналов (эмоциональных состояний) которые могут спровоцировать употребление ПАВ.
- Окружающих людей, с которыми пациент употребляет наркотики.
- Эффект (психологический и физический), который пациент получает от употребления ПАВ.

Проводится ретроспективная оценка до употребления ПАВ:

- Что происходило перед тем, как вы приняли наркотик?
- Как чувствовали себя до того, как вы его приняли?
- Как / где вы приобрели и приняли наркотик?
- С кем вы употребляли наркотик?
- Что произошло после того как вы приняли наркотик?
- Где вы были, когда вы начали думать об употреблении наркотика?

В рамках функционального анализа проводится анализ мыслей, чувств и событий, связанных с употреблением психоактивных веществ. При проведении данного анализа используется протокол функционального анализа для выявления рисков употребления ПАВ (Functional Analysis or High-Risk Situations Record), который представлен в табл. 1.

Таблица 1

Протокол функционально анализа и ситуаций риска

Ситуация	Мысли	Эмоции и ощущения в теле	Поведение	Последствия
Где я был? Кто был со мной? Что произошло?	О чем я подумал в этот момент?	Что я почувствовал в этот момент? Какие ощущения были в теле?	Что делал я? Что в этот момент делали окружающие люди?	Что произошло после? Как я чувствовал себя после употребления? Как другие люди реагировали на мое поведение?

Можно предложить пациенту более расширенный протокол функциональной оценки поведения до и после приема ПАВ [Samp, Kadden, 2001], представленный в табл. 2

Таблица 2

Протокол оценки поведения до и после приема психоактивных веществ

Ситуация (триггер)	Мысли и эмоции	Поведение	Положительные результаты	Негативные результаты
Какая ситуация, мысль, образ спровоцировали употребление ПАВ?	О чем я думал в этот момент? Что я чувствовал? Что я говорил себе?	Что я делал?	Какие хорошие вещи происходили?	Какие плохие вещи происходили?

Данные протоколы позволяют выявить триггеры, которые запускают прием ПАВ. Триггеры бывают как внешними (люди, места, предметы, периоды времени), так и внутренними (гнев, разочарование, возбуждение, волнение, скука, усталость, счастье). На рис. 3 представлена модель влияния триггеров на прием ПАВ [Carroll, 2008].

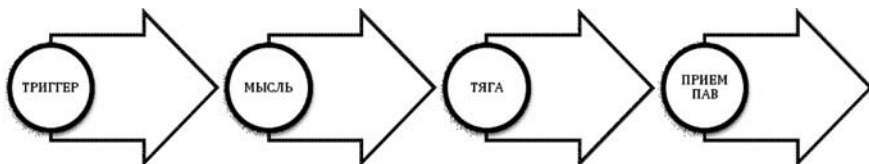


Рис. 3. Модель влияния триггеров на прием ПАВ [Carroll, 2008]

Аналогом функционального анализа является *техника сетевого анализа* [Харитонов, 2009]. Выделив ситуации высокого и малого рисков, психотерапевт обучает пациента сокращать время пребывания в ситуациях высокого риска и переходить в ситуации малого риска с целью минимизации срыва. Для выполнения этой задачи применяются ролевые игры. Например, «высокий риск против малого риска» (high-risk vs. low-risk), когда психотерапевт на основе выявленных триггеров и сведений из функционального анализа разыгрывает ситуации высокого риска вместе с пациентом, с целью повышения переносимости дискомфорта [Brief Interventions, 1999]. Также психотерапевт может использовать техники: «градиент изменений с созданием шкал», «управление силой верований», «когнитивный синтез», с предварительной когнитивной репетицией [Харитонов, 2009; 2015] или применять когнитивно-реструктурирующую терапию [McHugh, Hearon, 2010].

Таким образом, функциональный анализ показывает «дорожную карту» ситуаций высокого риска, которые могут привести к употреблению ПАВ, а также позволяет определить те ситуации или состояния, в которых пациенту трудно справляться с дискомфортом, учитывая влияние межличностных, внутриличностных факторов и факторов окружающей среды. Это первый шаг, который дает пациенту некий инструмент для контроля над своим поведением и избегания ситуаций, вызывающих употребление ПАВ.

Негативные автоматические мысли

Совместно с психотерапевтом пациент учится определять мысли, которые усиливают тягу к употреблению наркотиков, а также те мысли, которые поддерживают состояние тонуса в моменты употребления психоактивного вещества. Отследив влияние этих мыслей на состояние и изменив их, пациент начинает превосходить проблемные реакции в определенных условиях.

Однако при выявлении иррациональных убеждений, пациентов с зависимостью от ПАВ, стоит учитывать следующие характеристики мышления [McHugh, Hearon, 2010]:

- мысли возникают очень быстро;
- мысли жесткие, негибкие;
- дихотомический тип мышления («все или ничего»);
- свехобобщение;
- неэмпирическое и абсолютное мышление;

Выделяют следующие иррациональные убеждения пациентов употребляющих ПАВ:

- мысли об отказе: «наркотики не являются проблемой»;
- наркотики лучший и единственный способ решить эмоциональные проблемы;
- низкая толерантность к фрустрации;
- дискомфорт / беспокойство: все негативные эмоции, которых следует избегать любой ценой;
- преодолеть зависимость слишком сложно, сделать это одному невозможно, я буду беспомощным и следовательно ничего не стоит делать;
- чувство вины, и стыд за то, что я — наркоман.

В табл. 3 показаны общие иррациональных убеждений о приеме наркотиков с представлением рациональных альтернатив.

При работе с иррациональными убеждениями можно использовать целый спектр техник: «когнитивный континуум», «падающая стрела», «дневник учета позитивных мыслей», «выгоды и издержки». Активно применяются карточки совладания (Coping cards), представляющие собой маленькие карточки, на которых с одной стороны записана проблемная реакция (дисфункциональное убеждение, неадаптивное пове-

Таблица 3

Иррациональные убеждения и рациональные альтернативы

Иррациональные убеждения	Рациональная альтернатива после диспута
Употребление наркотиков никогда не было проблемой для меня, даже если я мог потерять контроль.	Потеря контроля может быть первым признаком проблемы. И если не замечать ранние признаки, это приведет к срыву.
Я могу прекратить употребление в любой момент, просто не хочу.	Употребление ПАВ происходит не зависимо от желаний, поэтому прекратить употребление без сторонней помощи и собственных усилий практически не возможно.
Мне нужно употреблять наркотики, чтобы расслабиться.	Есть много способов для снятия напряжения, без помощи наркотиков. Я не должен употреблять наркотики только потому, что хочу расслабиться.
Я не могу спокойно реагировать на отказ, если у меня нет того, что я хочу, мне трудно с этим смириться.	Мне может не нравиться получать отказы, как это происходило в прошлом, но это не значит, что я не могу научиться здоровой реакции на то, что происходит сейчас.
Единственное время, когда я чувствую себя комфортно, когда я «под кайфом».	Трудно научиться жить социально--комфортно без употребления наркотиков, но люди делают это все время.
Слишком трудно прекратить употребление наркотики. Я потеряю всех своих друзей, мне будет скучно, и я никогда не буду чувствовать себя в безопасности без наркотиков.	Чтобы прекратить употребление наркотиков стоит попробовать сделать конкретные вещи, занять время и приложить усилия, а не предвосхищать негативные последствия.
Люди обречены на разочарование и несчастья, поэтому я употребляю наркотики.	Приведите доказательства, что все люди обречены на разочарование и несчастье и из-за этого употребляют наркотики?
Если я перестану употреблять наркотики, я увижу, что моя жизнь ничего не стоит. Я приду туда, откуда все началось, и пойму, что я наркоман и всегда буду наркоманом.	Неудачи и срывы бывают у каждого, но ведь мы можем восстанавливаться. Срыв может показать мне, в каком направлении мне нужно идти и что делать теперь. Это мой выбор.

дение, негативная эмоция), а с другой стороны — способы справиться с ней [Харитонов, 2009; 2015].

Обучение копинг-навыкам

Первым этапом обучения навыкам справляться с тягой к употреблению ПАВ является [Kadden, 2001]:

- участие в деятельности не связанной с употреблением наркотиков;
- умение открыто говорить о тяге;
- умение отлеживать тягу;
- устанавливать мысли усиливающие тягу;
- общение с другом или знакомым, который не употребляет наркотики.

В этих случаях так же эффективно применение ролевых игр. Например, во время игры «триггер — мысль — тяга — употребление» (Trigger — Thought — Craving — Use) с пациентом составляется модель его поведения в моменты тяги, и обсуждаются способы совладания с ней [Brief Interventions, 1999]. В рамках ролевой игры пациент совместно с психотерапевтом моделирует ситуации высокого риска и применяет техники совладания. После ролевой игры происходит обсуждение эффективности техник совладания с тягой и разработка системы напоминаний [Samp, Kadden, 2001].

В рамках обучения копинг-навыкам проводится обучение *внутриличностным навыкам*, таким как:

- управление мыслями о ПАВ;
- техники решения проблем без употребления ПАВ;
- принятие решений;
- обучение релаксации;
- осознание и управление гневом;
- осознание и управление негативными мыслями;
- введение в образ жизни хобби и спорта;
- планирование поведения в случае чрезвычайных ситуаций;
- план помогающий справляться с постоянными проблемами.

Навыки межличностного общения, которым также обучается пациент (с привлечением семьи или «доверительного лица» пациента), включают в себя:

- отказ от предложения употреблять наркотики (говорить «нет»);
- умение не поддерживать разговор о наркотиках;
- чтение языка тела;
- умение выражать и слушать жалобы;
- обучение уверенности в себе;
- выражение эмоций;
- интимные отношения;
- обучение реагировать на критику;
- обучение принимать критику.

Отдельно стоит отметить обучение *навыкам отказа от предложения употребить ПАВ* (Drug refusal skills). Выделяют следующие принципы эффективного отказа от приема наркотиков:

- отвечать быстро (без запинок и бормотаний, не стесняясь);
- установить хороший зрительный контакт;
- ответить четко и твердо: «Нет» (ввести метафору открытой двери для будущего);
- сделать разговор кратким;
- покинуть ситуацию высокого риска употребления ПАВ.

Данные навыки моделируются в ролевой игре с привлечением прошлого опыта пациента. Моделируются ситуации, когда пациенту делается предложение от друга или продавца наркотиков достать или принять дозу. Отрабатывается навык говорить «Нет» в подобных ситуациях [Brief Interventions, 1999]. Стоит отметить важность обучения принимать критику по поводу употребления психоактивных веществ.

Вопрос *расширения круга социальной поддержки* является краеугольным камнем в терапии пациентов с наркоманией [Samp, Kadden, 2001]. Этот этап терапии начинается с того, что совместно с психотерапевтом пациент рассматривает выгоды для увеличения социальной поддержки. Далее психотерапевт сосредотачивается на обучении навыкам получения социальной поддержки. В терапии часто используют технику «диаграмма социальной поддержки» (Social Circle Diagram), которая показана на рис. 4.

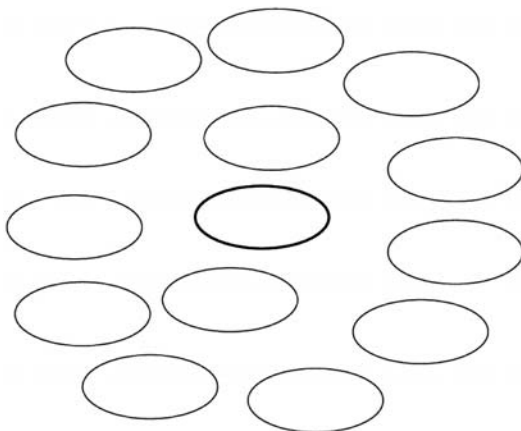


Рис. 4. Протокол диаграммы социальной поддержки

Пациенту предлагается схема (рис. 4) и дается инструкция отметить свой собственный круг социальной поддержки, сосредоточив внимание на тех людях, кто мог бы поддержать его в решении проблемы употреб-

ления ПАВ. Пациента просят поместить свое имя в центр схемы, а затем вписывать имена тех людей, кто может поддержать или оказать помощь в достижении цели. От пациента требуется расположить людей, которые могли бы оказать большую поддержку ближе к кругу с его именем. Уточняется, что заполнять схему нужно столько, сколько может пациент [Samp, Kadden, 2001]. После заполнения и совместного обсуждения с психотерапевтом, пациенту дается лист-напоминание о путях повышения социальной поддержки (Enhancing Social Supports Reminder Sheet), который включает в себя следующие вопросы:

1. Кто из ближайшего окружения мог бы поддержать Вас?
 2. Вспомните людей, которые помогали Вам в прошлом.
 3. Обычно поддержку могут оказать друзья, родственники, знакомые.
 4. Какие виды поддержки будут более подходящими для Вас:
 - помощь в решении проблемных задач, мозговой штурм;
 - моральная поддержка с преобладанием поощрения и понимания;
 - распределение нагрузки в решении проблем;
 - информационная поддержка;
 5. Как вы можете получить поддержку? Какая помощь Вам нужна?
- Спросите себя, что мне нужно? Будьте откровенным и конкретным.
- поиск новых сторонников в решении проблем связанных с прекращением употребления ПАВ;
 - предлагать поддержку другим людям;
 - давать своим сторонникам обратную связь, чтобы они понимали, с какими трудностями они могут столкнуться [Samp, Kadden, 2001].

Техники преодоления негативного стресса

Психотерапевт обучает пациента методикам, которые помогут ему снижать уровень стресса: техники релаксации, систематической десенсибилизации, планирование поведения для потенциально стрессового события, что способствует улучшению психологической адаптации.

В последнее время активно применяется терапия *осознанности в лечении дистресса* (Mindfulness-Based Stress Reduction). Это психообразовательная методика, целью которой является обучение человека намеренному, целенаправленному, созерцательному обращению внимания на автопилот в своей жизни, т.е. взгляду на себя со стороны. Обучение навыкам воспринимать, чувствовать и осознавать свои мысли и телесные ощущения не только в моменты дискомфорта, но «здесь и сейчас». Это направление учит принимать непрерывный поток мыслей и развивать гибкую позицию по отношению к этим мыслям, эмоциями, ощущениям в теле, своему опыту с целью повышения качества жизни и субъективного благополучия [Zqierska, Rabago, 2009].

Исследования показали, что осознанность (барометр стресса) и медитативные техники (трехминутная и минутная медитация, сканирование тела, осознанная минута, осознанные движения) снижают негативные мысли и тенденции реагировать на стресс, неадаптивным поведением употребляя ПАВ [Свит, 1997]. В отношении тяги к ПАВ данный подход позволяет обучить пациентов не реагировать на дискомфортные раздражители, на «автопилоте», а реагировать с осознанием и промедлением, занимая позицию наблюдателя [Marcus, Zgierska, 2009; Bayles, 2014]. Развивать осознанность — значит снижать власть деструктивных привычек у пациента «патологических стереотипов», ослабляя их и контролируемо направлять свои мысли [Журавлев, Воловикова, Галкина, 2014].

Активно разрабатывается новое направление в психотерапии осознанности для профилактики рецидивов (Mindfulness-Based Relapse Prevention, сокр. MBRP), которое сочетает в себе практику медитации со стандартными навыками профилактики рецидивов [Witkiewitz, Bowen, 2010].

Основными задачами MBRP являются:

1. Повышение осведомленности пациента о триггерах и привычных реакциях которые приводят к срыву. Освоение способов делать паузу в этом, казалось бы, автоматическом процессе тяги к употреблению ПАВ. Пациента обучают осознать диапазон выбора, который он может сделать в настоящий момент.

2. Изменение отношения к дискомфорту. Пациент учится распознавать сложные эмоциональные и физические ощущения и реагировать на них более гибко, используя различные медитативные и дыхательные техники.

3. Построить образ жизни так, чтобы он больше заключался в осознанности. Работа с глубоко укоренившимися привычками. Введение новых привычек.

4. Осознавать тягу к употреблению ПАВ. Научится бросать прямой вызов тяге. С чем связана тяга (голод, злость, одиночество, и усталость).

Тренинг уверенности (Assertiveness Training)

Психотерапевт поощряет пациента открыто выражать эмоции и потребности, отстаивать свои права в форме различных ролевых игр с моделированием различных стрессовых ситуаций. Пациент учится выражать свои негативные эмоции конструктивно. Данные навыки полезны для пациентов с наркоманией, потому как, часто, они не в состоянии выражать свои эмоции и потребности, и это приводит к срыву. Тренинг асертивности направлен на то, чтобы пациент стал более напористым, смог лучше контролировать свое импульсивное поведение и факторы, которые могут привести к рецидиву [Brief Interventions, 1999].

Профилактика рецидивов

Вопрос рецидивов опирается в большой степени на функциональный анализ, выявление рецидива в ситуациях высокого риска, и разработку алгоритма для совладания с данными ситуациями. Однако при разработке плана совладания с рецидивом стоит учитывать наличие личной выгоды пациента от рецидива. Психотерапевт показывает пациенту когнитивно-поведенческую модель рецидива рис. 5

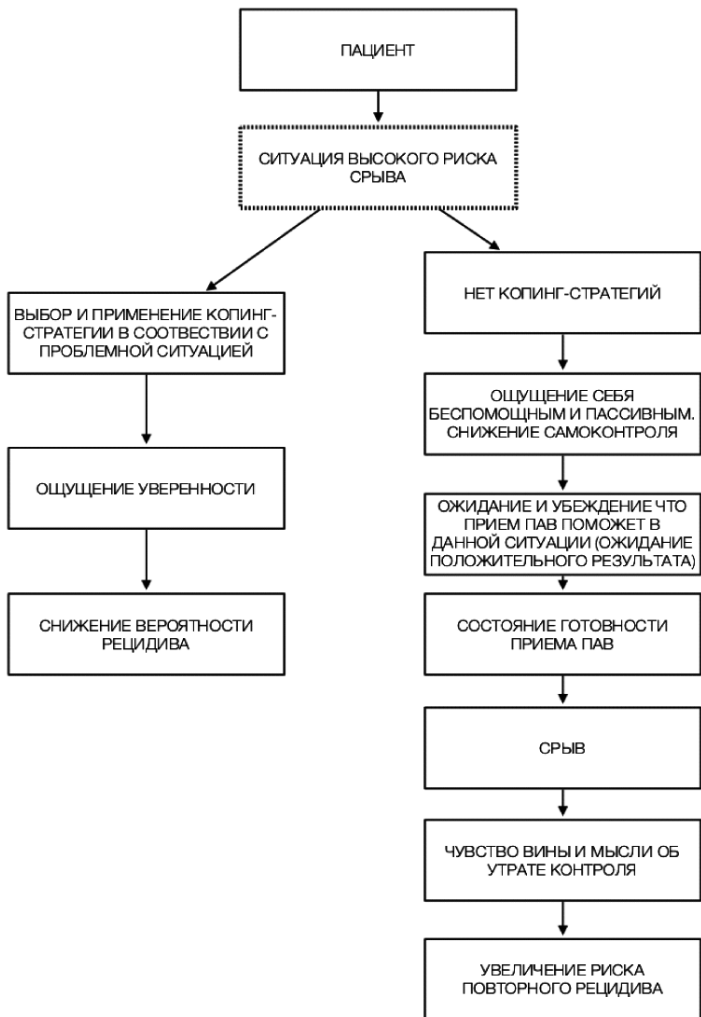


Рис. 5. Когнитивно-поведенческая модель рецидива [Kadden, 2001]

После ознакомления с данной моделью пациенту предлагается выделить чрезвычайные ситуации и непредвиденные обстоятельства, которые повышают риск повторного употребления ПАВ. С помощью техники *мозгового штурма* записываются все возможные варианты событий и обстоятельств, без критической оценки. Часто используют следующий протокол, показанный в табл. 4 [Brief Interventions, 1999].

Таблица 4

Лист кризисных ситуаций срыва

Типы кризисных ситуации	Примеры пациента
Непредвиденный триггер	«Не смог поехать на работу, так как плохо себя чувствовал, а меня уволили»; «Внезапная болезнь и смерть мамы»
Социальное отделение	«Проблемы с женой, подала на развод и запретила видеться с детьми»; «Не понимание со стороны друзей и отсутствие поддержки с их стороны в тяжелых для меня жизненных ситуациях»
Проблемы на работе и в личной жизни	«Получил несправедливый выговор от руководства»; «Поругался с девушкой»
Новые ситуации	«Сменил работу, но никак не могу прижиться в новом коллективе»; «По настоянию родителей переехал в другой район и потерял всех старых друзей»
Новые обязанности	«Узнал о беременности жены, это привело к сильному стрессу, я пока не готов становиться отцом»; «Родители перестали давать деньги, попросили съехать из их квартиры и жить самостоятельно»

Выделив чрезвычайные ситуации, психотерапевт обучает пациента технике решения проблем (Problem-Solving), которая состоит из следующих шагов:

- 1. Есть ли проблема?** (записать буквально)
- 2. В чем заключается проблема?** Определите проблему. Опишите проблему настолько точно, насколько это возможно. Можно разбить ее на части.
- 3. Что я могу сделать, чтобы решить проблему?** Рассмотрите различные подходы к решению проблемы. Предложите как можно больше решений этой проблемы.
- 4. Что произойдет, если я выберу этот вариант.. ?** Выберите наиболее оптимальный вариант решения проблем. Рассмотрите все положитель-

ные и отрицательные стороны каждого из возможных вариантов и выберите тот, который, скорее всего, поможет решить эту проблему.

5. Как этот вариант работает? Используйте выбранный вариант. Оцените его эффективность. Подумайте, что вы можете сделать, чтобы этот вариант решения проблемы стал более эффективным.

Следующим шагом в терапии, направленной на предотвращение рецидива, является разработка плана совладания с рецидивом. Разработав план заранее, пациент будет менее уязвим в непредвиденных чрезвычайных ситуациях. Пациенту предлагается протокол (Personal Emergency Plan), состоящий из следующих пунктов:

1. план для кого (имя и фамилия);
2. возможные чрезвычайные ситуации, к которым я хочу быть готов;
3. если одна из этих чрезвычайных ситуаций происходит, как я помогу себе справиться;
4. что я буду делать:
 - о чем я могу подумать в этот момент;
 - как я могу отвлечься (физическая активность, расслабляющие занятия, творчество и др.);
 - к кому я могу обратиться за помощью (указать имя и телефон).
5. что я не буду делать:
 - покупать и употреблять наркотики;
 - действовать на автопилоте;
 - быть эмоциональным;
 - изолировать себя и/или держаться подальше от людей, которые могут помочь мне;
 - пребывать в ситуации высокого риска употребления наркотиков.
6. Есть ли экстренный вариант избегания рецидива употребления наркотиков? Какие шаги помогут мне остановить срыв? [Brief Interventions, 1999].

Домашние задания

Домашние задания являются неотъемлемым компонентом профилактики рецидивов употребления ПАВ. Исследования показывают положительное влияние выполнения домашних заданий на результат лечения пациентов с химической зависимостью [McHugh, Hearon, 2010]. Однако при построении домашних заданий особое внимание стоит уделять мотивации пациента к изменению состояния. Мотивацию часто рассматривают как предиктор для выполнения домашних заданий в ходе психотерапии. Согласно транстеоретической модели (transtheoretical model), мотивация [Gonzalez, 2006], или готовность изменить собственное аддиктивное поведение, проходит ряд стадий:

1. Предварительное размышление (не учитывает изменения состояния).
2. Созерцание (оценка выгод и издержек).
3. Подготовка (планирование изменений).
4. Действие (изменение поведения).
5. Обеспечение (поддержка изменений).

При работе с пациентами, употребляющими ПАВ, стоит учитывать данный цикл.

В **заключение** стоит отметить, что на современном этапе развития когнитивно-поведенческой психотерапии аддиктивного поведения от специалистов, работающих в области психического здоровья, требуется гибкое сочетание различных подходов, методов и протоколов лечения, начиная с мотивационного интервью, которое способствует формированию мотивации к изменению собственного состояния и комплаентности к лечению, заканчивая профилактикой рецидивов и разработкой кризисных планов совладания с прямой тягой. Помимо когнитивно-поведенческой психотерапии в структуру психотерапевтических форм лечения пациентов с наркоманией включают: психообразование пациентов и их родственников, когнитивные тренинги, семейную терапию, терапию среды (работа в мастерских).

Ключевыми компонентами, которые отличают когнитивно-поведенческую психотерапию, от других подходов к лечению наркомании являются:

- Функциональный анализ употребления психоактивных веществ.
- Принцип осознанности пациентом употребления ПАВ и разработка стратегий, как справиться с тягой. Управление мыслями, решение проблем, приводящих к эмоциональному дискомфорту, нормативное и кризисное планирование на случай чрезвычайных ситуаций, приводящих к срыву.
- Разработка алгоритмов и копинг-стратегий с моделированием их применения. Создание системы напоминаний об использовании разработанных алгоритмов.

Эти компоненты позволяют пациенту, совместно с психотерапевтом, увидеть свое аддиктивное поведение с различных точек зрения и, опираясь на сильные стороны своей личности, увеличить продолжительность ремиссии заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

- Буизман В. Когнитивно-поведенческие вмешательства в терапии зависимости от психоактивных веществ / Руководство по проведению тренингов. М.: УНП ООН, 2007. 57 с.
- Гараня Н.Г., Холмогорова А.Б. Интеграция семейной системной и когнитивно-бихевиоральной психотерапии в лечении больных с хронифицированными

- формами тревожных расстройств // Журнал «Вестник ассоциации психиатров Украины». 2013. № 4.
- МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии / Пер. с англ. СПб.: Речь, 2001. 560 с.
- Психологическое здоровье личности и духовно-нравственные проблемы современного российского общества / Под ред. А.Л. Журавлева, М.И. Воловикова, Т.В. Галкина. М: ИП РАН, 2014.
- Свит К. Соскочить с крючка / СПб.: Питер Пресс, 1997. 256 с.
- Соммерз-Фланаган Д. Клиническое интервью / 3-е издание. Пер. с англ. М.: Издательский дом «Вильямс», 2006. 672 с.
- Хартонов С.В. Основы поведенческой психотерапии / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 128 с.
- Хартонов С.В. Руководство по когнитивно-поведенческой психотерапии / М.: Психотерапия, 2009. 176 с.
- Хартонов С.В. Система реабилитации больных с личностными расстройствами методами когнитивной и рациональной психотерапии. Дисс. ...докт. мед. наук. М., 2013. 279 с.
- A Cognitive-behavioral approach: Treating cocaine addiction / Ed. К.М. Carroll. National Institutes of Health. 1998. 137 p.
- Bayles C. Using mindfulness in a harm reduction approach to substance abuse treatment: A literature review // International journal of behavioral consultation and therapy. 2014. Vol. 9. № 2.
- Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse // Treatment Improvement Protocol (TIP) / Center for Substance Abuse Treatment. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). 1999. № 34.
- Cannabis Youth Treatment Series // Ed. by Susan Samp, Ronald Kadden. Center for Substance Abuse Treatment. 2001. Vol. 1. 156 p.
- Gonzalez V.M. The Role of Homework in Cognitive-Behavioral Therapy for Cocaine Dependence // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2006. Vol. 74. № 3. P. 633—637.
- Himelstein S. Mindfulness-Based Substance Abuse Treatment for Incarcerated Youth: A Mixed Method Pilot Study // International Journal of Transpersonal Studies. 2011. Vol. 30.
- Kadden R.M. Cognitive-behavior therapy for substance dependence: coping skills training / University of Connecticut. 2001. 28 p.
- Marcus M., Zgierska A. Mindfulness-Based Therapies for Substance Use Disorders: Part 1 (Editorial) // Subst Abus. 2009. Vol. 30. № 4. P. 263.
- McHugh R., Hearon B. Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders // Psychiatr Clin North Am. 2010. Vol. 33. № 3.
- Moyers T.B., Houck J. Combining Motivational Interviewing With Cognitive-Behavioral Treatments for Substance Abuse: Lessons From the COMBINE Research Project // Cognitive and Behavioral Practice. 2011. Vol. 18. P. 38—45.
- Ouimette P. Twelve-Step and Cognitive-Behavioral Treatment for Substance Abuse: A Comparison of Treatment Effectiveness // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1997. Vol. 65. № 2. P. 230—240.

- Petitjean S.A.* A randomized, controlled trial of combined cognitive-behavioral therapy plus prize-based contingency management for cocaine dependence // *Drug and Alcohol Dependence*. 2014. Vol. 145. P. 94–100.
- Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy // Ed. by Irismar Reis de Oliveira, InTech. 2012. 202 p.
- Witkiewitz K., Bowen S.* Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention // *J Consult Clin Psychol*. 2010. Vol. 78. № 3. P. 362–374.
- Zgierska A., Rabago D.* Mindfulness Meditation for Substance Use Disorders: A Systematic Review // *Subst Abus*. 2009. Vol. 30. № 4.

STRATEGIES OF COGNITIVE-BEHAVIOURAL THERAPY IN THE REHABILITATION OF POLYDRUG

A.I. MELEHIN, YU.V. VESELKOVA

Over the past few years, cognitive-behavioral therapy, aimed at forecasting and minimizing recidivism, was the most effective treatment for substance dependence (opiate addiction, cocaineism, cannabisism and polydrug use). This article describes the psychotherapeutic treatment protocols for polydrug use. Given the short-term integrative principles of cognitive-behavioral therapy, along with motivational therapy, psychoeducation and systemic family therapy. Presents the steps of motivational interviewing, functional analysis of problem behavior, social skills training and techniques to overcome the negative stress based on the principle of awareness. Particular attention in this article on the prevention of recurrence in patients with polydrug use.

Keywords: cognitive-behavioral therapy, polydrug use, rehabilitation, addiction, motivational interviewing, coping skills.

- Buizman V.* Kognitivno-povedencheskie vmeshatel'stva v terapii zavisimosti ot psikhоaktivnykh veshchestv / Rukovodstvo po provedeniiu treningov. Moscow: UNP OON, 2007. 57 p.
- Garanian N.G., Kholmogorova A.B.* Integratsiia semeinoi sistemnoi i kognitivno-bikhevioral'noi psikhoterapii v lechenii bol'nykh s khronifitsirovannymi formami trevozhnykh rasstroistv. Zhurnal "Vestnik assotsiatsii psikhiatrov Ukrainy". 2013. № 4.
- MakMallin R.* Praktikum po kognitivnoi terapii / Per. s angl. Saint-Peterburg: Rech', 2001. 560 p.
- Psikhologicheskoe zdorov'e lichnosti i dukhovno-nravstvennye problemy sovremenno-go rossiiskogo obshchestva / Pod red. A.L. Zhuravleva, M.I. Volovikova, T.V. Galikina. Moscow: IP RAN, 2014.
- Svit K.* Soskochit' s kriuchka / SPb.: Piter Press, 1997. 256 p.
- Sommerz-Flanagan D.* Klinicheskoe interv'iu / 3-e izdanie. Per. s angl. Moscow: Izdatel'skii dom "Vil'iams", 2006. 672 p.

- Kharitonov P.V.* Osnovy povedencheskoi psikhoterapii / Moscow: GEOTAR-Media, 2015. 128 p.
- Kharitonov P.V.* Rukovodstvo po kognitivno-povedencheskoi psikhoterapii / Moscow: Psikhoterapiia, 2009. 176 p.
- Kharitonov P.V.* Sistema reabilitatsii bol'nykh s lichnostnymi rasstroistvami metodami kognitivnoi i ratsional'noi psikhoterapii. Disp. ...dokt. med. nauk. Moscow, 2013. 279 p.
- A Cognitive-behavioral approach: Treating cocaine addiction / Ed. K.M. Carroll. National Institutes of Health. 1998. 137 p.
- Bayles C.* Using mindfulness in a harm reduction approach to substance abuse treatment: A literature review. International journal of behavioral consultation and therapy. 2014. Vol. 9. № 2.
- Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse. Treatment Improvement Protocol (TIP) / Center for Substance Abuse Treatment. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). 1999. № 34.
- Cannabis Youth Treatment Series / Ed. by Susan Samp, Ronald Kadden. Center for Substance Abuse Treatment. 2001. Vol. 1. 156 p.
- Gonzalez V.M.* The Role of Homework in Cognitive-Behavioral Therapy for Cocaine Dependence. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2006. Vol. 74. № 3. Pp. 633—637.
- Himelstein P.* Mindfulness-Based Substance Abuse Treatment for Incarcerated Youth: A Mixed Method Pilot Study. International Journal of Transpersonal Studiep. 2011. Vol. 30.
- Kadden R.M.* Cognitive-behavior therapy for substance dependence: coping skills training / University of Connecticut. 2001. 28 p.
- Marcus M., Zgierska A.* Mindfulness-Based Therapies for Substance Use Disorders: Part 1 (Editorial). Subst Abup. 2009. Vol. 30. № 4. P. 263.
- McHugh R., Hearon V.* Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. Psychiatr Clin North Am. 2010. Vol. 33. № 3.
- Moyers T.B., Houck J.* Combining Motivational Interviewing With Cognitive-Behavioral Treatments for Substance Abuse: Lessons From the COMBINE Research Project. Cognitive and Behavioral Practice. 2011. Vol. 18. Pp. 38—45.
- Ouimette P.* Twelve-Step and Cognitive-Behavioral Treatment for Substance Abuse: A Comparison of Treatment Effectiveness. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1997. Vol. 65. № 2. Pp. 230—240.
- Petitjean P.A.* A randomized, controlled trial of combined cognitive-behavioral therapy plus prize-based contingency management for cocaine dependence. Drug and Alcohol Dependence. 2014. Vol. 145. Pp. 94—100.
- Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy / Ed. by Irismar Reis de Oliveira, InTech. 2012. 202 p.
- Witkiewitz K., Bowen P.* Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. J Consult Clin Psychol. 2010. Vol. 78. № 3. Pp. 362—374.
- Zgierska A., Rabago D.* Mindfulness Meditation for Substance Use Disorders: A Systematic Review. Subst Abup. 2009. Vol. 30. № 4.

РАЗВИТИЕ КОММУНИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ МЕТОДОМ ОБУЧЕНИЯ ТАНЦЕВАЛЬНОМУ ДВИЖЕНИЮ (НА ОСНОВЕ АРГЕНТИНСКОГО ТАНГО)

М.И. ГОТЛИБ, А.Б. ХОЛМОГорова

Описываются результаты апробации метода обучения танцевальному движению в целях диагностики и коррекции коммуникативных нарушений у людей, имеющих группу инвалидности в связи с тяжелым психическим заболеванием (шизофрения, аутизм, эпилепсия). На основе метода анализа случаев и специально разработанной системы критериев показана положительная динамика коммуникативных навыков пациентов в процессе обучения аргентинскому танго. Показано, что в ходе специальным образом организованного обучения аргентинскому танго душевнобольным участникам занятий стало легче устанавливать и поддерживать межличностные контакты, у них появилось больше уверенности в себе и меньше «зажатости», они стали полнее выражать свои эмоции, начали чаще проявлять инициативу, импровизировать и получать удовольствие от танца.

Ключевые слова: тяжелые психические заболевания, коммуникативные навыки, модусы коммуникации, критерии динамики, танцевальная терапия, аргентинское танго, коррекция, метод анализа случая.

Во всем мире люди, страдающие от хронических психических заболеваний, сталкиваются с различными экономическими, культурными и социальными преградами, которые невозможно преодолеть традиционными медицинскими решениями [отчет ВОЗ, 2001, с. 12]. Несмотря на факт наличия психического заболевания и «неадаптированность» в социуме, психически больные люди нуждаются в тепле и поддержке, в близких человеческих взаимоотношениях, таких как любовь, дружба. Об этом свидетельствуют сами больные, описывая свои переживания «Я жаждала любви и нежных объятий» [Грэндин, 1999, с. 16]. Однако они часто не способны выстроить такие отношения. Многим из них

очень сложно общаться с кем-либо из-за их «инакости», нарушений или неразвитости различных сфер психики, в первую очередь, коммуникативных навыков.

Согласно модели шизофрении исследовательской группы из Пало-Альто, больной, выросший в ситуации коммуникативных противоречий «двойного послания», общаясь с людьми, не способен сориентироваться в различных коммуникативных модусах [Бейтсон, Джексон, Хейли, 2002]. О.С. Никольская видит одну из причин развития аутистических расстройств в низком уровне выносливости в ситуациях активного взаимодействия со средой [Никольская, Баенская, Либлиг, 1997]. Пол Вацлавик с соавторами пишет о парадоксальности коммуникации при психозе, когда при видимом желании общаться больной не способен взять на себя «обязательства, свойственные всем коммуникациям» [Вацлавик, Бивин, Джексон, 2000].

Важно отметить, что люди с коммуникативными нарушениями испытывают не только проблемы и ограничения в общении с внешним миром. Р. Лэнг пишет, что у многих психически больных людей, особенно страдающих расстройствами шизофренического спектра и аутизмом, нарушена связь между телом и сознанием «Я» [Лэнг, 1995]. Согласно К. Ясперсу при тяжелых психических расстройствах нарушается «схема тела», ощущение его границ, и это тесно связано с искажением «образа Я», самоощущения и самооценки больных [Ясперс, 1997].

Таким образом, психически больным людям необходима помощь, направленная на развитие у них навыков межличностной коммуникации и улучшение восприятия собственного тела и «Образа я».

Танцевальное движение, как средство развития коммуникативных навыков

Одним из действенных методов улучшения восприятия собственного тела и «Образа-Я», коммуникации с самим собой и другими людьми является танцевально-двигательная терапия [Гиршон, 2005]. Главным принципом танцевально-двигательной терапии является признание необходимости коммуникации для самого существования человека [Allison, 1999]. Основоположница танцевально-двигательной терапии М. Чейс в 40-ые годы двадцатого века работала с душевнобольными пациентами, помогая им восстановить контакт с другими людьми через импровизацию и самовыражение в танце [Бутон, 2012]. К базовым принципам танцевально-двигательной терапии относят также принцип взаимосвязи и взаимного влияния психики и тела [Бирюкова, 2001]. М. Уайтхаус, современница М. Чейс, создала метод аутентичного движения, основанный на аналитической психологии К. Юнга. Идея мето-

да состоит в раскрытии своей индивидуальности через узнавание «собственного акта движения» [Уайтхаус, 2012].

С тех пор танцевально-двигательная терапия эволюционировала в различные стили и подходы [Хендрикс, 1994]. Работа танцевально-двигательных терапевтов успешно используется в клинической практике, научных исследованиях и в сфере образования [Старк, 1994].

На рубеже двадцатого и двадцать первого веков появилось новое направление танцевально-двигательной терапии — танго-терапия. Южно-американские, англо-саксонские и европейские исследователи доказали эффективность этого направления для решения самых разных психотерапевтических задач [McAuley et al, 2000; Murcia, Bongard, Kreutz 2009; Peidro, Comasco, 2007]. В настоящий момент танго-терапию успешно используют как при физиологических заболеваниях (например, при болезни Паркинсона), так и при психических (при шизофрении, аутизме, расстройствах аффективного спектра) [Jindal, 2011; Trossero, 2006]. R. Pinniger с соавторами утверждает, что обучение танго развивает в пациентах качества, необходимые для их выздоровления: принятие, доверие, нахождение в настоящем моменте [Pinniger et al, 2013]. Во всех разработанных в танго-терапии подходах большой акцент делается на развитие коммуникации [Woodley, Sotelano, 2009]. Интернациональная ассоциация «Танго-терапия» видит миссию танго-терапии в том, чтобы помочь людям жить полноценно, радуясь своему контакту с самими собой, с социумом и с партнером [International Association of Tango Therapy, 2008]. Исследователи объясняют эффективность использования танго-терапии в работе с коммуникативными нарушениями спецификой аргентинского танго, как танца [Woodley, Sotelano, 2009].

Э. Кармона и Н.Г. Томаси уже более 20 лет преподают танго и аргентинский фольклор в своей школе в Буэнос-Айресе. Они говорят, что танго — это поиск другого человека, магическая встреча с глубиной этого человека. Для того, чтобы произошла такая встреча, необходимо умение слушать своего партнера и передавать ему свои эмоции и ощущения [Кармона, 2011; Томаси, 2011].

Особое пространство, которое создает аргентинское танго, таит в себе множество ресурсов для самых разнообразных проектов. В том числе для диагностики и терапии людей, страдающих тяжелыми психическими заболеваниями.

Цель исследования

Один из пионеров танго-терапии Ф. Троссеро считает, что наблюдение за тем, как люди танцуют танго, может дать богатый материал для диагностики [Trossero, 2006]. Однако исследователи в области танго-те-

рапии используют в основном количественные тесты для установления различных нарушений и прослеживания динамики. В нашем исследовании предпринята попытка создать систему критериев и индикаторов, которая позволила бы выявлять те или иные коммуникативные нарушения и отслеживать индивидуальную динамику развития коммуникации в процессе обучения аргентинскому танго. В каждом отдельном случае стояла задача через обучение танго скорректировать выявленные нарушения и развить сильные стороны молодых людей, участвующих в коррекционно-развивающих занятиях.

Цель данного исследования — на основе процесса обучения аргентинскому танго разработать приемы работы с людьми, страдающими тяжелыми психическими заболеваниями, направленные на диагностику и коррекцию их коммуникативных нарушений, а также выделить систему критериев для оценки динамики коммуникативных навыков в ходе занятий.

Метод исследования

Исследователи и практики в области танцевально-двигательной терапии делают акцент на том, что для выбора успешной терапевтической стратегии танцевально-двигательному терапевту необходимо наблюдать и интерпретировать двигательные паттерны и мышечные зажимы пациентов [Старк, 1994]. Для такой диагностики танцевально-двигательная терапия опирается на различные системы критериев. К наиболее известным и используемым можно отнести систему записи и описания человеческого движения Р. Лабана и учение о мышечно-эмоциональных блоках В. Райха [Бирюкова, 2001].

Аргентинское танго имеет особую специфику движения, связанную с тем, что этот социальный танец обладает уникальной культурой и историей. Поэтому для диагностической и терапевтической работы с коммуникативными нарушениями через обучение аргентинскому танго требуется собственный понятийный аппарат. Такой аппарат должен помочь описать и проанализировать

- опыт непосредственного взаимодействия ведущего и участников во время коррекционно-развивающих занятий танго;
- данные наблюдения ведущего за тем, как душевно больные двигаются и взаимодействуют в процессе обучения и танцевания танго.

Для исследования характеристик коммуникации людей с тяжелыми психическими заболеваниями был использован метод Case study в рамках феноменологического подхода. Согласно R. Yin описательный (феноменологический) case study наилучшим образом подходит для процессуально ориентированных исследований интересующих феноменов [Yin, 1994].

Задачу феноменологического подхода в психологии сформулировал Э. Гуссерль: «Универсальная задача феноменологической психологии состоит в систематическом изучении типов и форм интенциональных переживаний, а также в редукции их структур к первичным интенциям и таким образом в изучении природы психического, а также постижении душевной жизни» [Гуссерль, 1991]. В след за Э. Гуссерлем феноменологический подход в психологии использовали и развивали многие известные исследователи и практики [Бинсвангер, 1999; Лэнг, 1995; Кофка, 1998; Ясперс, 1997].

В силу того, что в феноменологической стратегии используются качественные данные (слова и высказывания естественного языка), во второй половине двадцатого века эту стратегию начинают относить к группе качественных исследований [Улановский, 2007]. Н.П. Бусыгина отмечает достоинства качественного исследования: «Качественные исследования (qualitative research) выводят на принципиально новый уровень практику описательных исследований в психологии, легитимируя ее самостоятельный научный статус и предлагая психологии развитую технологию подобных исследований» [Бусыгина, 2010, с. 32]. Case study — часто используемый в качественных исследованиях метод. По определению, приведенном в словаре Merriam-Webster, case study — «интенсивный анализ отдельной единицы (человека или сообщества), выделяющий факторы ее развития по отношению к окружающей среде» [Merriam-Webster, 2009].

В исследовании использовались классические для case study методы — включенное наблюдение и качественное интервью. С помощью включенного наблюдения исследователь может описать общую атмосферу происходящего, детали внешности людей, специфические элементы коммуникации [Козина, 1997]. С. Квале считает, что целью качественного интервью является «получение качественных описаний жизненного мира собеседника с учетом интерпретации их смыслов» [Квале, 2010, с. 64].

Процедура исследования и контингент

Еженедельно в течение полутора лет проводились занятия на базе проекта по социально-бытовой адаптации («поддерживающего проживания») молодых людей с тяжелыми психическими нарушениями «Тренировочная квартира», который существует с 2010 г. в тесном сотрудничестве со специалистами «Центра лечебной педагогики».

Еженедельные занятия в среднем длились по 40—50 минут. Всего было проведено 50 занятий, в них участвовала группа из 12-ти человек, в возрасте 22—30 лет. Все участники больны с детства, имеют различные психоневрологические и психиатрические диагнозы (эпилепсия, шизофрения, аутизм) и группу инвалидности. Большинство молодых людей

отстают в развитии, не имеют среднего образования, у всех имеются серьезные проблемы в коммуникации.

Помимо молодых людей из «Тренировочной квартиры», в коррекционно-развивающих занятиях на индивидуальной основе регулярно участвовал 45-летний Михаил, больной шизофренией. Во время коррекционно-развивающих занятий танго с помощью специально разработанных индикаторов велось включенное наблюдение за поведением душевнобольных. С тремя из участников занятий (с наиболее сохранными интеллектуальными возможностями) было проведено полуструктурированное интервью. Собранные данные были качественно проанализированы и представлены в семи случаях, описывающих конструктивные и деструктивные характеристики коммуникации у душевнобольных, а также динамику изменений этих характеристик в процессе обучения танго. Кроме того были сформулированы задачи для дальнейшей коррекционно-развивающей работы через обучение танго.

Описание понятийного аппарата, использованного в исследовании

В рамках реализации цели данного исследования были описаны виды коммуникативных нарушений и критерии их выделения в процессе обучения аргентинскому танго. Коммуникативные нарушения выявлялись в следующих четырех модусах:

- выстраивание партнерской коммуникации;
- выстраивание социальной коммуникации;
- проявление личной инициативы;
- самоидентичность.

В контекстах перечисленных модусов можно выделить следующие виды коммуникативных нарушений и критерии их выявления:

1. Нарушения в выстраивании партнерской коммуникации.

Критерии выявления:

- а. Соглашается ли человек танцевать в паре.
- б. То, каким образом партнеры встают в пару.
- в. То, как партнеры взаимодействуют в паре в течение танца.

2. Нарушения в выстраивании социальной коммуникации.

Критерии выявления:

а. Заинтересованность в усвоении общих условий и требований, задаваемых структурой аргентинского танго.

б. Воспринимает ли человек задания и указания, идущие от преподавателя.

в. Соблюдение границ и интересов остальных участников занятия.

3. Нарушения в проявлении личной инициативы.

Критерии выявления:

а. Наличие интереса к тому, что происходит на занятиях.

б. Креативность: придумывает ли человек что-то свое во время обучения аргентинскому танго.

в. Высказывает ли человек свое мнение, вносит ли предложения во время обучения аргентинскому танго.

4. Нарушения самоидентичности.

Критерии выявления:

а. Устойчиво ли человек стоит, владеет ли своим телом.

б. Как человек слушает и интерпретирует музыку.

в. Как соотносит свои действия с окружающим пространством.

Предлагаемые критерии в исследовании операционализировались на основе разработанной *системы индикаторов* коммуникативных характеристик, которая позволяет проводить диагностику через наблюдение за различными элементами танцевания танго в контексте перечисленных выше модусов.

Ниже приводятся результаты анализа случая двадцатипятилетнего больного Б. В детстве у Б. был диагностирован ранний детский аутизм, в настоящее время он обучается в «Особых мастерских» Технологического колледжа № 21. По сформулированным выше критериям описана динамика состояния этого больного на протяжении последних 10 занятий длительностью в 40—45 минут, в которых он участвовал регулярно (раз в неделю). За три месяца до этого Б. посетил еще 8 занятий.

Таблица 1

Нарушения коммуникации

Модусы коммуникации	Критерии и индикаторы
Выстраивание партнерской коммуникации	1. Б. предпочитает выстраивать коммуникацию таким образом, чтобы избежать прямого взаимодействия и близкого контакта с другим человеком. 2. Для того чтобы получать удовольствие от общения с другим человеком, Б. необходима «гарантия безопасности».
Выстраивание социальной коммуникации	У Б. отсутствует выраженное стремление к общению и кооперации с другими людьми.
Проявление личной инициативы	Б. свойственна инертность и ригидность в выстраивании коммуникации.
Самоидентичность	1. Изолированность «Я» — одна из главных коммуникативных характеристик Б. 2. У Б. плохой контакт с собственным телом. 3. Б. существует в некотором вакууме, ему свойственно не соотносить свои действия с кем-либо или чем-либо.

Таблица 2

Конструктивные характеристики выстраивания коммуникации

Модусы коммуникации	Критерии и индикаторы
Выстраивание партнерской коммуникации	1. В выстраивании коммуникации Б. помогает опосредование общения с помощью предметов. 2. Б. хорошо чувствует допустимую для себя степень близости контакта. 3. В ситуации, когда Б. может контролировать границы контакта, он способен слышать партнера и поддерживать диалог.
Выстраивание социальной коммуникации	1. Б. способен следовать социальным нормам и условиям (по крайней мере, формально). 2. При позитивной обратной связи, получаемой сразу от нескольких людей, Б. может поверить в свои движения, в свой танец.
Проявление личной инициативы	1. В ситуации общения, которая угрожает душевному покою Б., он может изобрести компромиссный вариант, который позволит ему освоиться в этой ситуации и при этом не вступать в конфликт с социумом. 2. Когда Б. сам вносит какое-либо предложение, он готов в процессе реализации того, что он предложил, осваивать необычные для себя формы поведения.
Самоидентичность	Танцуя танго в безопасных для себя условиях, Б. может освоиться в пространстве, почувствовать, как можно лучше использовать музыкальное и физическое пространство для самовыражения и импровизации, развить координацию движений.

Изменения, произошедшие у Б. в ходе коррекционной работы.

У Б. стало получаться:

импровизировать под музыку;

находить себя в пространстве;

опосредованно взаимодействовать с другими людьми;

ориентироваться в социальных ситуациях;

получать удовольствие от общения с другим человеком;

придумывать творческое разрешение некомфортных для себя ситуаций;

осваивать необычные для себя формы поведения.

Как выявленные характеристики могут в дальнейшем быть использованы в ходе коррекционной работы путем обучения аргентинскому танго?

Для развития коммуникации Б. можно опираться на его способности импровизации и творчеству. Если во время коррекционно-развиваю-

щих занятий танго использовать такие средства, как работа с образами и опосредование коммуникации через игровые взаимодействия с пред-метами, то можно ожидать, что Б. будет сам находить новые для него способы выстраивания коммуникации. Также, для Б. может быть полезным участие в постановках танго, тогда его удачные действия и инициатива найдут поощрение извне.

Описание положительной динамики в выстраивании коммуникации у других участников группы обучения танго (всего семь человек)

В ходе анализа семи случаев душевно больных людей, участвующих в коррекционно-развивающих занятиях танго отмечалась следующая положительная динамика в развитии коммуникации:

1. Участники стали лучше ощущать свое тело, тверже стоять на ногах, смелее и свободнее двигаться. Теперь они научились получать удовольствие от танца, что положительно сказывалось на их настроении и состоянии.

2. Участники занятий смогли развить в себе навыки нахождения и поддержания контакта с другими людьми. Они научились вставать в пару, создавать объятие, двигаться вместе, учитывать потребности партнера, передавать ему свои эмоции.

3. Участники почувствовали большую уверенность в себе. Они начали полнее выражать свои эмоции, проявлять инициативу и импровизировать.

Для того, чтобы проиллюстрировать представленную здесь положительную динамику, ниже мы приводим описание коррекционно-развивающих занятий танго. В этом описании также отображены некоторые из техник преподавания танго душевно больным людям. Ведущий занятия представлял себя участникам занятий как преподаватель, а сами предлагаемые пациентам занятия назывались «ателье». Эта лексика сохранена в описании занятий.

Подход к обучению душевнобольных людей аргентинскому танго

Известно, что психически больным людям сложно найти свой собственный ритм и вписаться в ритм окружающей их действительности [Грэндин, 1999].

Преподаватель просит участников танго-ателье пройти по кругу по одному. Все идут по-разному: кто-то лениво волочит ноги, кто-то отвлекается на все окружающие предметы, кто-то бежит, подпрыгивает, делает резкие судорожные движения. Преподаватель помогает каждому

найти основной ритм, пульс танго. Когда душевнобольные находят ритм танго, их дыхание становится ровнее, мимика лица расслабленнее и естественнее.

Затем преподаватель просит участников занятий выпрямиться, расслабить плечи и идти в одну линию большими уверенными шагами. Для того чтобы помочь больным справиться с заданием, преподаватель использует личный пример и различные образы, например, «представьте себе, что вы идете по канату», «представьте себе, что каждый из вас большой красивый корабль, а ваша спина это парус, в который дует попутный ветер», «представьте, что ваши стопы гладят пол». Подобные упражнения не всегда имеют успех, но когда люди, страдающие тяжелыми психическими заболеваниями, находят пульс музыки, выпрямляются и идут большим уверенным шагом, они начинают получать удовольствие от движения. В этот момент они устойчивы, активно занимают пространство, в контакте со своим телом, и свойственная им «онтологическая неуверенность», о которой пишет Р. Лэнг [Лэнг, 1995], отходит на задний план.

Далее преподаватель осмеливается поставить участников танго-ателье в пары. Очень часто кто-то из участников занятия танцует один или со стулом, тогда как остальные двигаются в парах. Однако большинство душевнобольных, посещающих танго ателье, в результате встает в пару. Да, им страшно идти на контакт, но объятие в танго мягкое и округлое (танцующие обычно держат друг друга либо за плечи, либо за ладони), такое объятие не несет в себе угрозу. Оно говорит о взаимном доверии и гармонии. Кроме того, взаимодействие в паре четко регламентировано — один ведет, другой следует. Достаточно долго душевнобольные ищут общий ритм, привыкают друг к другу, а затем начинают двигаться вместе, перемещаться по танцполу. Постепенно душевнобольные начинают все активнее взаимодействовать через безопасную форму коммуникации, которую задает танго. Теперь они получают удовольствие уже от совместного движения.

На своих коррекционно-развивающих занятиях преподаватель часто просит учеников интерпретировать музыку. Например, выполняется упражнение «переписка» — человек как будто пишет, посылает своему партнеру одну музыкальную фразу, партнер ему отвечает в течение следующей фразы. Подобные упражнения проходят оживленно и весело. Поначалу это может выглядеть хаотично, но постепенно партнеры перестают друг друга перебивать. Каждый ждет своей очереди и с интересом наблюдает за тем, какое послание пишет или рисует в воздухе его партнер. Таким образом, через обучение танго психически больные люди усваивают культурные паттерны общения.

Затем преподаватель просит участников занятия рассказать о своих впечатлениях от музыки. О настроении, которое передает та или иная мелодия, об эмоциях и образах, которые возникают у них в процессе танцевания. Так люди, страдающие психическими заболеваниями, учатся распознавать в музыке разные оттенки и настроения, и постепенно у них налаживается контакт с собственной эмоциональной жизнью.

Проводя танго-ателье в «Тренировочной квартире» и во время индивидуальных занятий с Михаилом, преподаватель часто прибегает к работе с образами. Р. Лэнг пишет: «Фантазия, не будучи либо в некоторой степени укоренена в реальности, либо обогащаемая инъекциями «реальности», становится все более и более пустой и быстро улетающей» [Лэнг, 1995, с. 150]. В танго есть структура, регламентирующая взаимодействие с образами; есть музыкальная композиция, которой душевнобольные так или иначе следуют; есть принципы движений, о которых им все время рассказывают; есть конкретные задания, которые их просят выполнять. В процессе танцевания танго психически больные имеют возможность связать свои фантазии с реальностью. И таким образом найти себя.

Есть еще одна важная особенность в обучении аргентинскому танго. Несмотря на свою четкую структуру, танго оставляет большое пространство для личной инициативы и самовыражения. Участникам занятий танго рассказывают про основные принципы и композицию танцевания танго, но дальше они могут наполнять музыкальное и физическое пространство, как угодно. Психически больные люди часто придумывают новые движения, начинают импровизировать. Более того, они иногда предлагают преподавателю новые упражнения для занятий. Таким образом, они начинают создавать свое танго, занимать активную позицию, проявляют себя.

Итак, в описанном подходе к коррекционной работе путем обучения аргентинскому танго используются различные упражнения: двигательные, направленные на контакт, а также на работу с образами и восприятием музыки. Данные проведенного качественного анализа динамики коммуникации у участников группы (в рамках описанных модусов коммуникации и на основе выделенных критериев) позволяют сделать вывод о конструктивном потенциале предлагаемого подхода к коррекции и диагностике коммуникативных нарушений. Для дальнейшего обоснования его эффективности требуются дополнительные исследования с расширением выборки, числа описанных случаев и применением экспертных оценок на основе видеозаписи сеансов, а также специальных методик диагностики уровня развития социального познания.

ЛИТЕРАТУРА

- Бейтсон Г., Джексон Д., Хейли Дж. К теории шизофрении / Новосибирск, 2002.
- Бинсвангер Л. Бытие-в-мире / М.: Рефлбук, Ваклер, 1999. 336 с.
- Бирюкова И. Танцевально-двигательная терапия: тело как зеркало души [Электронный ресурс] // Журнал практической психологии и психоанализа. 2005. № 1. URL: <http://psyjournal.ru/j3p/pap.php?id=20011221> (дата обращения: 14.10.2014)
- Бусыгина Н.П. Методологические основания качественных исследований в психологии. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук. М., 2010. 32 с.
- Бутоп Б. Танцевальная Терапия [Электронный ресурс] // Сайт А. Гиршона URL: girshon.ru (дата обращения: 12.05.2012)
- Вацлавик П., Бивин Д., Джексон Д. Прагматика человеческой коммуникации / М.: Апрель-Пресс, ЭКСМО-Пресс, 2000. 300 с.
- Гиршон А.Е., Веремеенко Н.И., Козлов В.В. Интегративная танцевально-двигательная терапия / М., 2005. 255 с.
- Грэндин Т., Скарриано М.М. Отворяя двери надежды: Мой опыт преодоления аутизма / Пер. с англ. Н.Л. Холмогоровой. М.: Центр лечебной педагогики, 1999. 228 с.
- Гуссерль Э. Феноменология // Журнал «Логос». 1991. № 1. С. 12—21.
- Квале С. Исследовательское интервью / М., Смысл, 2003. 302 с.
- Козина И.М. Case study: некоторые методические проблемы / Журнал «Рубеж (альманах социальных исследований)». 1997. № 10—11. С. 177—189.
- Коффка К. Основы психического развития // Гештальт-психология / М.: Изд-во «АСТ-ЛТД», 1998. С. 348—657.
- Лэнг Р. Расколотое «Я» / Спб.: Изд-во Белый кролик, 1995. 352 с.
- Кармона Э. Интервью [Электронный ресурс] // URL: http://tangocomoarte.com/2011/08/carmona_interview/ (дата обращения 20.06.2012)
- Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: Пути помощи / М.: Теревинф, 1997. 326 с.
- Старк А. Танцевально-двигательная терапия // Танцевально-двигательная терапия / Перевод Бирюковой И. Ярославль, 1994. С. 20—35.
- Томаси Н.Г. Интервью [Электронный ресурс] // URL: http://tangocomoarte.com/2011/05/norma_interview/ (дата обращения 20.06.2012).
- Уйтхауз М. Дао тела [Электронный ресурс] // Сайт А. Гиршона. URL: girshon.ru (дата обращения: 06.05.2012).
- Улановский А.М. Феноменологический метод в психологии, психиатрии и психотерапии // Методология и история психологии. 2007. Том 2. Выпуск 1. С. 250—257.
- Хендрикс К. Танцевальная психотерапия // в сб. Танцевально-двигательная терапия / Перевод Бирюковой И. Ярославль, 1994. С. 38—45.
- Ясперс К. Общая психопатология / М.: Практика, 1997. 1056 с.
- Allison N. Illustrated encyclopedia of body-mind disciplines [Электронный ресурс] // 1999. URL: <http://issuu.com/eschaton/docs/illustrated-encyclopedia-of-body-mind-disciplines-1> (дата обращения: 13.06.2012)

- Association of Tango Therapy [Электронный ресурс] // URL: https://www.facebook.com/pages/International-Association-of-Tango-Therapy-Asoc-Int-de-Tango-terapia/223426963781?sk=info&ref=page_internal (дата обращения: 12.05.2012).
- McAuley E., et al.* Social relations, physical activity, and well-being in older adults // Preventive Medicine. 2000. № 31. Pp. 110—115.
- Murcia C., Bongard S., Kreutz G.* Emotional and Neurohumoral Responses to Dancing Tango Argentino. The Effects of Music and Partner [Электронный ресурс] // Department of Psychology, Goethe University Frankfurt am Main URL: <http://mmd.sagepub.com> (дата обращения 20.10.2014)
- Merriam-Webster Online Dictionary [Электронный ресурс] // URL: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/case%20study> (дата обращения 09.09.2013)
- Jindal N.* Dance Therapy in Parkinson's Disease: Can the Argentine Tango Improve Motor Function? // The NYU Langone Online Journal of Medicine. 2011. Pp. 89—94.
- Peidro, R.M., Comasco, R.* Con el Corazon en el tango. Guia para prevenir enfermedades cardiacas bailando tango / Buenos Aires, Argentina: Guadal. 2007. P. 102.
- Trossero F.* Tango Terapia / Rosario: Coquen?a Ediciones. 2006. P. 95.
- Woodley K., Sotelo M.* An Approach To Tango Therapy // Research and Practice / Cardiff: Tango Creations, 2010. P. 504.
- Yin R.* Case study research: Design and methods / Beverly Hills, CA: Sage Publishing, 1994. P. 380.

THE DEVELOPMENT OF COMMUNICATION IN PATIENTS WITH THE SEVERE FORMS OF MENTAL PATHOLOGY BY THE DANCING MOVEMENT TEACHING METHOD (BASED ON THE ARGENTINE TANGO)

M.I. GOTLIB, A.B. KHOLMOGOROVA

Described the results of the dancing movement teaching method usage research aiming to diagnose and correct the communicative disorders of the people with degree of disablement due to severe mental illness (schizophrenia, autism, epilepsy). Basing on the case study method and specially created criteria system showed positive dynamic of patients communicative skills during the Argentine tango teaching. Demonstrated that during specially arranged Argentine tango teaching process mental patients of the classes started easier to establish and maintain interpersonal contacts, their self-confidence increased and decreased restraint, started to express their emotions more vividly and to demonstrate initiative, improvise and enjoy dancing.

Keywords: severe mental illness, communicative skills, dynamic's criterias, dance therapy, argentine tango, correction, case study.

- Beitson G., Dzhekson D., Kheili Dzh. K teorii shizofrenii / Novosibirsk, 2002.
- Binsvanger L. Bytie-v-mire / Moscow: Reflbuk, Vakler, 1999. 336 p.
- Biriukova I. Tantseval'no-dvigatel'naia terapiia: telo kak zerkalo dushi. Zhurnal prakticheskoi psikhologii i psikhoanaliza. 2005. № 1. Available at: <http://psyjournal.ru/j3p/pap.php?id=20011221> (Accessed 14.10.2014)
- Busygina N.P. Metodologicheskie osnovaniia kachestvennykh issledovaniy v psikhologii. Avtoreferat dissertatsii na soiskanie uchenoi stepeni kandidata psikhologicheskikh nauk. Moscow, 2010. 32 p.
- Buton B. Tantseval'naia Terapiia. Available at: girshon.ru (Accessed 12.05.2012)
- Vaslavik P., Bivin D., Dzhekson D. Pragmatika chelovecheskoi kommunikatsii / Moscow: Aprel'-Press, EKSMO-Press, 2000. 300 p.
- Girshon A.E., Veremeenko N.I., Kozlov V.V. Integrativnaia tantseval'no-dvigatel'naia terapiia / Moscow, 2005. 255 p.
- Grendin T., Skariano M.M. Otvoriia dveri nadezhdy: Moi opyt preodoleniia autizma / Per. s angl. N.L. Kholmogorovi. Moscow: Tsentr lechebnoi pedagogiki, 1999. 228 p.
- Gusserl' E. Fenomenologiya. Logos. 1991. № 1. Pp. 12—21.
- Kvale P. Issledovatel'skoe interv'iu / Moscow, Smysl, 2003. 302 p.
- Kozina I.M. Case study: nekotorye metodicheskie problem. "Rubezh (al'manakh sotsial'nykh issledovaniy)". 1997. № 10—11. Pp. 177—189.
- Koffka K. Osnovy psikhicheskogo razvitiia. Geshtal't-psikhologiya / Moscow: Publ. "AST-LTD", 1998. Pp. 348—657.
- Leng R. Raskolotoe "Ia" / Spb.: Publ. Belyi krolik, 1995. 352 p.
- Karmona E. Interv'iu. Available at: http://tangocomoarte.com/2011/08/carmona_interview/ (Accessed 20.06.2012)
- Nikal'skaia O.C., Baenskaia E.R., Libling M.M. Autichnyi rebenok: Puti pomoshchi / Moscow: Terevinf, 1997. 326 p.
- Stark A. Tantseval'no-dvigatel'naia terapiia. Tantseval'no-dvigatel'naia terapiia / Perevod Biriukovoi I. Yaroslavl', 1994. Pp. 20— 35.
- Tomasi N.G. Interv'iu. Available at: http://tangocomoarte.com/2011/05/norma_interview/ (Accessed 20.06.2012).
- Uaitkhauz M. Dao tela. Available at: girshon.ru (Accessed 06.05.2012).
- Ulanovskii A.M. Fenomenologicheskii metod v psikhologii, psikhiiatrii i psikhoterapii. Metodologiya i istoriya psikhologii. 2007. Tom 2. Vol. 1. Pp. 250—257.
- Khendriks K. Tantseval'naia psikhoterapiia. Tantseval'no-dvigatel'naia terapiia / Perevod Biriukovoi I. Yaroslavl', 1994. Pp. 38—45.
- Iaspers K. Obshchaia psikhopatologiya / Moscow: Praktika, 1997. 1056 p.
- Allison N. Illustrated encyclopedia of body-mind disciplines. Available at: <http://issuu.com/eschaton/docs/illustrated-encyclopedia-of-body-mind-disciplines-/1> (Accessed 13.06.2012).
- Association of Tango Therapy. Available at: https://www.facebook.com/pages/International-Association-of-Tango-Therapy-Asoc-Int-de-Tango-erapia/223426963781?sk=info&ref=page_internal (Accessed 12.05.2012).
- McAuley, E., et al. Social relations, physical activity, and well-being in older adults. Preventive Medicine. 2000. № 31. Pp. 110—115.

- Murcia C., Bongard P., Kreutz G.* Emotional and Neurohumoral Responses to Dancing Tango Argentino. The Effects of Music and Partner / Department of Psychology, Goethe University Frankfurt am Main. Available at: <http://mmd.sagepub.com> (Accessed 20.10.2014).
- Merriam-Webster Online Dictionary. Available at: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/case%20study> (Accessed 09.09.2013).
- Jindal N.* Dance Therapy in Parkinson's Disease: Can the Argentine Tango Improve Motor Function? The NYU Langone Online Journal of Medicine. 2011. Pp. 89–94.
- Peidro, R.M., Comasco, R.* Con el Corazon en el tango. Guia para prevenir enfermedades cardiacas bailando tango / Buenos Aires, Argentina: Guadal. 2007. P. 102.
- Trossero, F. Tango Terapia / Rosario: Coquen?a Edicionep. 2006. P. 95.
- Woodley K., Sotelano M.* An Approach To Tango Therapy. Research and Practice / Cardiff: Tango Creations, 2010. P. 504.
- Yin, R.* Case study research: Design and methods / Beverly Hills, CA: Sage Publishing, 1994. P. 380.

СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ЗАИКАНИЯ: СТРУКТУРА ПРОБЛЕМЫ, НАПРАВЛЕНИЯ И ТЕХНИКИ РАБОТЫ С КЛИЕНТАМИ¹

Н.В. КИСЕЛЬНИКОВА, М.М. ДАНИНА

В статье представлен уникальный опыт применения стратегического подхода к психотерапии заикания, выделения структуры психологической проблемы при логоневрозе, а также результаты отбора терапевтических техник в соответствии со стратегией. Обсуждаются традиционные положения психотерапии заикания, а также основные ошибки специалистов, работающих с заикающимися людьми, приводящие к подкреплению проблемы. Описывается пример одной из клиенток, прошедших курс психотерапии, включающий отобранные техники работы с логоневрозом. Обсуждаются проблемы и перспективы данного направления научного исследования и практики.

Ключевые слова: стратегическая психотерапия, заикание, логоневроз, логофобия, структура проблемы, предпринятые попытки решения.

В рамках стратегического конструктивистского подхода считается, что человеческие проблемы являются продуктом взаимодействия субъекта с реальностью, причем в поддержании проблемной ситуации одну из ключевых ролей играют те усилия, которые человек прикладывает, чтобы ее разрешить («предпринятые попытки решения») [Нардонэ, Вербиц, Миланезе, 2010]. В итоге складывается особая «перцептивно-реактивная система», включающая характерные способы восприятия действительности, реагирования на нее, и выражающаяся в трех типах отношений — с самим собой, другими людьми и окружающим миром. Эффективное решение проблемы предполагает: а) понимание закономерностей функционирования перцептивно-реактивной системы; б) блокирование нефункциональных попыток решения проблемы; в) осуществление терапевтического вмешательства, направленного на трансформацию элемен-

¹ Статья подготовлена при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (проект № 12-06-33042 «Комплексное психологическое исследование механизмов заикания»).

тов, составляющих структуру проблемы. В итальянской школе стратегической психотерапии [Нардонэ, 2008; Нардонэ, Вацлавик 2006; Нардонэ, Вербиц, Миланезе, 2010] выявлена целая серия моделей ригидного взаимодействия субъекта с действительностью, на основе которых разработаны специфические типологии психологических расстройств, а также протоколы терапевтического вмешательства для каждого из этих типов. Например, такие типологии и протоколы описаны для обсессивно-компульсивных расстройств, нарушений пищевого поведения (анорексия, булимия, вызванная рвота), депрессии.

Нами была поставлена задача на основе методологии исследования-вмешательства, подразумевающего введение в патологически функционирующую систему определенных «переменных» — элементов психотерапевтического воздействия, — смоделировать перцептивно-реактивную систему заикания у подростков и взрослых людей. Предварительное исследование было проведено на выборке 63 человека от 15 до 45 лет.

Под логоневрозом понимается клинко-психологический синдром, возникающий по механизму невротической переработки неврологического дефекта (заикания) и включающий систему симптомов, ведущим из которых является логофобия. Данный синдром характеризуется специфическими и неспецифическими невротическими проявлениями. К первым относятся зависимость самооценки от состояния речи, логофобия, чувство вины и стыда за плохую речь, навязчивые мысли о речи. Эгоцентрическая позиция заикающегося связана с искажением отраженного образа Я (образа себя в глазах других людей), что вызывает преувеличение значимости и тяжести речевого нарушения и его влияния на полноценное общение. К неспецифическим проявлениям невроза относятся повышенная ориентировочная реакция на людей, негативный прогноз по поводу оценок окружающих, агрессивность, замкнутость. В литературе описываются особенности отношения в семьях заикающихся (гиперопека, симбиоз с матерью, слабая фигура отца, авторитарность матери, ревность к братьям/сестрам), а также особенности личности самого заикающегося (тревожность, мнительность, агрессивность, застревание, ригидность, неэффективные установки и убеждения), и его индивидуальные характеристики (астеничность, гиперактивность, лабильность психики), сопутствующие речевому дефекту и часто усугубляющие тяжесть его невротической переработки [Лохов, Фесенко, Щугарева, 2005; Миссуловин, 2002; Bloodstein, Bernstein, 2008; Craig, Blumgart, Tran, 2009; Iverach et al. 2009].

Известно множество систем лечения заикания: методика устойчивой нормализации речи (Л.З. Арутюнян), система семейной логопсихотерапии (Ю.Б. Некрасова-Н.Л. Карпова), комплексная система лечения заикания (В.М. Шкловский), система комплексной реабилитации

взрослых заикающихся (Н.М. Асатиани), комплексный способ коррекции речи (М.И. Лохов), stuttering modification therapy — терапия, модифицирующая заикание (С. Van Riper), the McGuire Programme и др. В основе каждой из них лежит разное понимание механизмов заикания, точнее, ставятся разные акценты на том, какой механизм является более важным в возникновении и поддержании заикания. Однако известно, что даже самые эффективные логопедические и психотерапевтические системы дают определенное количество невылеченных случаев или рецидивов. Часто подобные неудачи «списываются» как специалистами (логопедами, психологами), так и самими заикающимися на недостаточную целеустремленность последних, нечеткое следование и выполнение технологии лечения и т.п.

Существуют группы пациентов, которые представляют наибольшую трудность в лечении. К ним относятся люди с мало выраженными запинками, но с сильной невротической составляющей; с определенными индивидуальными характеристиками (например, типом темперамента), не позволяющими осуществлять долгую произвольную регуляцию речи и поведения; люди, разочаровавшиеся в разных методах лечения; люди, а также пациенты с низкой мотивацией к лечению (когда запрос исходит от ближайшего окружения). В этих случаях требуется в большей мере психотерапевтическая работа, чем логопедическая, а ее отсутствие обязательно будет снижать эффективность логопедической работы. В связи с этим перед специалистами, работающими с заикающимися, стоит задача психологического сопровождения любой логопедической работы или в ее отсутствии.

Вопросу применения методов психотерапии при лечении взрослых заикающихся (дискуссия, невербальная коммуникация, проективное рисование, социометрия) в отечественной психологии посвящены работы К.М. Дубровского [Дубровский, 1966], Н.Л. Карповой [Карпова, 2003], Ю.Б. Некрасовой [Некрасова, 1980], В.М. Шкловского, Л.М. Кроля, Е.Л. Михайловой [Шкловский, Кроль, Михайлова, 1980] и др. Почти все они, за небольшим исключением, относятся к 70—80 гг. Традиционно предпочитаемыми считаются приемы рациональной психотерапии и суггестивного воздействия, личностно-ориентированной групповой психотерапии. В то же время отмечается, что ни один из способов воздействия не является в достаточной мере эффективным и специфичным для лечения логоневроза, зависит от индивидуальных предпочтений и опыта психотерапевта, предполагает длительное лечение с подбором индивидуальной терапевтической программы. Основой такой психотерапевтической работы считается реконструкция механизмов общения и формирование навыков овладения формой и сущностью правильного коммуникативного поведения, а задачами выступают: 1) актуализация максимума разли-

чий в коммуникативном поведении пациентов, их индивидуализация в глазах группы; 2) создание структуры диалогического общения в группе, привлечение внимания к различным характеристикам взаимодействия с партнером и постепенное формирование нового понимания целей и ценностей общения; 3) преодоление тенденции избирательного и неадекватного восприятия и построения конкретных коммуникативных ситуаций на основе фиксации на дефекте речи, в частности изменение представлений о роли невербальных составляющих в общении; 4) изменение стереотипа восприятия группы пациентов как аудитории и ведущего как формального и абсолютного лидера.

Зарубежом акцент в лечении заикания ставится на адаптации людей с нарушенной речью к социальной активности, переструктурированию отношения к речевому дефекту и его роли в жизни. Для этого пользуются средствами нарративной психотерапии, терапии, ориентированной на решение проблем, а также привлекают ресурсы семейных и психотерапевтических отношений в процессе речевой терапии [DiLollo et al., 2002; Iverach et al., 2009; Zebrowski, 2009].

Несмотря на получение определенных эффектов в результате реализации разнообразных психотерапевтических и консультативных подходов к заикающимся людям, построение этой работы не соответствует ключевым, структурирующим дефект элементам и потому обладает «плавающей» эффективностью и малопрогнозируемым результатом.

С точки зрения стратегического подхода, эти элементы — особенности взаимоотношений субъекта, страдающего заиканием, с самим собой, другими людьми и окружающей действительностью — основываются на нефункциональных предпринятых попытках решения проблемы (в случае заикания — устранения запинок и страха речи).

На основе проведенного нами пилотажного исследования были выявлены наиболее распространенные нефункциональные попытки решения. Так, семья и социальное окружение (педагоги, сверстники) могут подкреплять заикание полярными реакциями повышенного внимания к дефекту речи либо его игнорирования, катастрофизацией (преувеличением значимости недуга), изоляцией (выключение заикающегося из речевых видов деятельности), инвалидизацией (экстраполяция ограниченных речевых возможностей на неречевые сферы), а также насмешками, издевательствами и ожиданием самостоятельного преодоления дефекта через волевое усилие.

Среди неэффективных попыток решения проблемы, предпринимаемых самими пациентами, наиболее распространенными являются:

— попытки произвольного контроля скорости и плавности речи (разрушает естественный процесс речепорождения, дополнительно ак-

тивизирует тормозные механизмы, препятствующие свободному звукоизвлечению);

— превентивная агрессивная самозащита, приводящая к ограничению ситуаций общения (тормозит развитие навыков коммуникации и познания людей, что приводит к возникновению большего числа конфликтных, эмоционально напряженных, значимых в силу своей редкости ситуаций);

— самоизоляция, избегание ситуаций, которые воспринимаются как опасные (тормозит развитие навыков коммуникации и познания людей, описанных выше);

— компенсаторная гипербобщительность (включение в широкий круг коммуникативных ситуаций в сочетании с отсутствием соответствующих инструментальных возможностей может привести к речевым срывам на фоне энергетического истощения);

— попытки сознательного преодоления логофобии путем подготовки к ситуациям речевого общения, самонастроя и т.п. (повышает тревожность и фиксирует внимание на ожидании негативных переживаний).

Отдельным и очень значимым пунктом в нефункциональных предпринятых попытках решения стоят неуспешные попытки лечения по специальным системам и методикам. С каждым пройденным лечением и отсутствием результата пациент убеждается в том, что заикание неизлечимо, либо он неуспешен и не обладает достаточными способностями для следования предписаниям логопеда и (или) психолога, что, в свою очередь, еще сильнее подкрепляет невротические компоненты заикания. На фоне этого может возникать своего рода третичный невроз — переживания не только по поводу наличия заикания, но и собственной неспособности с ним справиться, особенно усугубляющиеся при наблюдении других, более успешных случаев лечения и некритичном усвоении определенных установок специалистов-логопедов и психологов. В некоторых системах открыто говорится о том, что эффект лечения целиком зависит от усилий самого заикающегося, и ответственность за отсутствие или слабую положительную динамику лежит на нем, так как система научно обоснована и подтверждена большим практическим опытом. В результате у заикающегося формируется восприятие себя как неудачника, недостаточно целеустремленного, волевого и ответственного, а также может развиваться или подкрепляться невротический перфекционизм и нацеленность на достижение полного излечения. В силу этого часто наблюдаются случаи скрывания от психотерапевта, логопеда и участников лечебной группы рецидивов заикания.

В связи с описанными предпринятыми попытками решения можно выделить и типичные ошибки психотерапевтов и логопедов, допускаемые при лечении заикающихся:

1. Перевод полной ответственности за контроль речи пациенту, порождающий вторичное чувство вины, неуспешности в случае возникновения трудностей в осуществлении такого контроля.

2. Игнорирование заикания как существенной проблемы, перевод психотерапевтической работы в область решения личностных проблем.

3. Фиксация на поиске причин возникновения заикания, не устраняющая сам речевой дефект, а актуализирующая травматические переживания и (или) переводящая локус контроля состояния речи во вне. Приписывание причин заикания внешним либо не зависящим от воли человека факторам (стрессовым обстоятельствам, плохому воспитанию или наследственности) провоцирует пассивную позицию и при обращении за помощью к специалистам значительно затрудняет разблокирование проблемы.

4. Воспроизведение психотерапевтом в процессе лечения паттернов семейных отношений, подкрепляющих заикание (авторитарность, гиперконтроль и т.д.).

5. Отвержение старой речи (с запинками) — подкрепляет характерное для заикающихся невротическое стремление к дезинтеграции своего «Я» и речи.

6. Поддержка идеи сверхценности речи — подкрепляет связь самооценки с состоянием речи, и, как следствие, снижение самооценки в ситуациях отсутствия речевых успехов.

Исходя из этого, согласно стратегическому подходу, работа психотерапевта должна быть направлена на разблокирование симптома (невротического отношения к качеству речи) и включать в себя стратегии, противоположные нефункциональным предпринятым попыткам решения проблемы. А именно: приоритетными направлениями такой работы должно стать формирование критериев распознавания границ собственных речевых возможностей; выявление истинных потребностей в высоких речевых достижениях и поиск альтернативных способов их удовлетворения; ослабление идеи сверхценности речи и формирование дифференцированной, не зависящей от состояния речи, самооценки; интеграция опыта заикания в личностную историю и положительное переопределение симптома; работа со вторичными выгодами от заикания; конструирование моделей здорового поведения и мышления, снятие ограничивающих убеждений, повышение гибкости и расширение диапазона поведенческих реакций; развитие способности к децентрации.

Перечисленные выше предпринятые попытки решения обуславливают отбор следующих направлений психотерапевтической работы с заикающимися:

1. Блокирование попыток сознательного контроля эмоционального состояния. Как правило, заикающиеся неоднократно пробуют «настраивать» себя на плавную речь, речь «по правилам», спокойствие с помощью мысленных команд, внушающих сообщений и т.п. Выявленные конкретные приемы самонастроя становятся «отправной» точкой для формирования обратной позиции — установки на спонтанность речевой коммуникации. Достигается это за счет демонстрации клиенту цепочки «хочу говорить лучше» — «настраиваюсь на спокойствие» — «прокручиваю мысленно ситуацию общения» — «волнуюсь сильнее» — «говорю хуже». Когда человек осознает парадоксальность действия желания говорить лучше, он становится готовым к получению инструкции перевода фокуса внимания и контроля с собственного состояния на содержание ситуации коммуникации.

2. Блокирование попыток избегания ситуаций общения. Следует отметить, что в ряде методик по исправлению заикания даются четкие директивные указания на необходимость обязательного признания перед широким социальным окружением факта наличия и лечения заикания. Это представляется нам крайне важным и соответствующим задачам как непосредственно речевой коррекции, так и устранения логоневротического синдрома.

3. Блокирование попыток контроля речи и оценок качества речи со стороны родственников и ближайшего окружения. С родителями заикающегося и другими вовлеченными в проблему людьми в обязательном порядке проводится беседа, в ходе которой достигается договоренность об оценке эффективности работы со специалистом. Итогом психотерапевтической работы с родственниками заикающегося становится принятие ими субъективных критериев удовлетворенности результатами самого клиента. Это необходимо делать, потому что в целом ряде случаев заикающийся, получив желаемые способности сохранять спокойствие в ситуациях общения, адекватно реагировать на речевые неудачи, свободу вступления в коммуникацию, не видит необходимости тратить много сил и времени на работу с речью до полного устранения запинок. В то же время его окружение продолжает настаивать на этом и навязывать свое стремление «дойти до конца», что возвращает круг невротических переживаний по поводу отдельных запинок и нивелирует достигнутый терапевтический эффект. Таким образом, на членов семьи как бы накладывается запрет относительно права критически оценивать качество речи заикающегося и тем более ставить перед ним цель улучшить ее, если такие попытки были ранее.

Терапевтическими техниками, отобранными для психотерапевтической работы с заикающимися стали:

1. Упражнения, направленные на дифференциацию самооценки личности от оценки качества речи: а) «правила похвалы и самокрити-

ки»; б) «сто качеств, за которые ты можешь нравиться»; в) «образ себя глазами любящего человека».

2. Техника слияния с образом уверенного человека (последовательное визуальное конструирование образа и слияние с ним в разных ситуациях).

3. Техника прерывания деструктивных мыслей, образов и поведения (упражнения «стоп-реакция», «ловля себя»).

4. Техника положительного переопределения симптома.

5. Техники нейролингвистического программирования, направленные на снижение негативного эмоционального фона, сопровождающего речевое общение (техники якорения состояния спокойствия на ситуациях общения, диссоциации и изменения личностной истории).

В качестве иллюстрации описанной выше структуры проблемы при логоневрозе приведем случай клиентки М., 19 лет, страдающей заиканием с 5 лет. Ее запрос касался страха публичных выступлений, неуверенности в себе, трудностей в общении с незнакомыми людьми.

Функционирование перцептивно-реактивной системы проявлялось в следующем: каждый раз, когда девушке приходилось выходить на выступление перед аудиторией (от 7 человек и больше), у нее возникали мысли о том, что «Я должна сказать хорошо, но сейчас я начну заикаться, буду выглядеть глупо, меня все будут жалеть или будут надо мной смеяться». Это вызывало сильную тревогу, волнение и сбои в речи. После выступления следовал длительный период самообвинений, переживаний и «прокручивания» в мыслях сцен неудачного выступления, которые актуализировались и в следующий раз перед выходом к аудитории. К моменту обращения за психотерапевтической помощью сформировалась стратегия избегания ситуаций публичного общения. В качестве предпринятых попыток решения клиентка использовала в ситуациях эмоционально напряженного общения сознательный контроль темпа и плавности речи, который не давал желаемого ею результата, а, напротив, приводил к большему торможению и увеличению количества запинок.

Прояснение проблемы показало, что подобные симптомы не возникают при общении с близкими и хорошо знакомыми людьми, а также в случае, если собеседник выражает активное одобрение Л., и обостряются, когда среди слушателей находятся критически настроенные люди.

После 8 терапевтических встреч, во время которых были реализованы указанные компоненты вмешательства, Л. с готовностью приняла предложение терапевта выйти на оживленную улицу с тем, чтобы поздравлять незнакомых прохожих с наступающим праздником. Поза, жесты Л. во время импровизированной развернутой речи были спокойны, свободны, взгляд обращен на прохожих, голос громкий и ровный.

Мониторинговая встреча с Л. и ее матерью через полгода и полтора года подтвердила устойчивость достигнутых в ходе терапии результатов. Л. регулярно публично выступает в университете, а также вернулась обучаться по той специальности, с которой ранее была вынуждена переехать из-за проблем в общении (эта специальность связана с постоянным взаимодействием с людьми).

Результаты приведенного примера терапевтической работы позволяют констатировать что: 1. Цели, заданные пришедшим за помощью клиентом (сохранение состояния эмоционального и телесного спокойствия и расслабленности в ситуациях публичных выступлений и общения с незнакомыми людьми), достигнуты. 2. Достигнутые к концу терапии результаты сохраняются во времени, рецидивы или замещающие симптомы не отмечены (по итогам структурированного интервью с клиентом и его окружением через 3 месяца, полгода, 1 год и 2 года после окончания работы).

Перспективой данного исследования является разработка типологии логоневротических перцептивно-реактивных систем и дифференциация направлений и техник работы для каждого из выделенных типов.

Кроме того, в процессе решения находится и задача разработки более объективных процедур мониторинга трансформации элементов проблемы в процессе терапии (речевой или психотерапии). На основе развернутых письменных и устных интервью с участниками пилотажного исследования была разработана первая версия шкального опросника, позволяющего оценить динамику когнитивных, аффективных и поведенческих составляющих субъективной репрезентации проблемы у заикающихся, а также проведен сбор данных на выборке апробации опросника в размере 50 человек.

ЛИТЕРАТУРА

- Дубровский К.М.* Одномоментный метод снятия заикания // Материалы Харьковского научного общества / Харьков, 1966. С. 306—308.
- Карпова Н.Л.* Основы личностно-направленной логопсихотерапии. Второе издание, исправленное и дополненное / М.: МПСИ: Флинта, 2003. 200 с.
- Лохов М.И., Фесенко Ю.А., Шугарева Л.М.* Заикание: неврология или логопедия? / СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2005. 600 с.
- Миссуловин Л.Я.* Патоморфоз заикания. Изменение картины возникновения и течения заикания, особенности коррекционной работы: Учебное пособие / СПб.: Союз, 2002. 320 с.
- Нардонэ Дж.* Страх, паника, фобия. Краткосрочная стратегическая терапия / М.: Психотерапия, 2008. 352 с.
- Нардонэ Дж., Вацлавик П.* Искусство быстрых изменений. Краткосрочная стратегическая терапия / М.: Изд-во Института психотерапии, 2006. 192 с.

- Нардонэ Дж., Вербиц Т., Миланезе Р.* В плену у еды: Краткосрочная стратегическая терапия при нарушениях пищевого поведения: булимия, анорексия, vomiting (вызванная рвота) / М.: Эксмо, 2010. 288 с.
- Некрасова Ю.Б.* Сеансы психотерапевтического воздействия и некоторые психические состояния заикающихся // Вопросы психологии. 1980. № 5. С. 32—40.
- Шкловский В.М., Кроль Л.М., Михайлова Е.Л.* Методы групповой психотерапевтической работы с больными, страдающими заикание / М.: Би., 1985. 46 с.
- Bloodstein, O., Bernstein R.N.* A handbook on stuttering / N.Y.: Thomson-Delmar, 2008.
- Craig A., Blumgart E., Tran Y.* The impact of stuttering on quality of life in adults who stutter // Journal of Fluency Disorders. 2009. Vol. 34. Pp. 61—71.
- DiLollo A., Neimeyer R.A., Manning W.H.* A personal construct psychology view of relapse: indications for a narrative therapy component to stuttering treatment // Journal of Fluency Disorders. 2002. Vol. 27. Pp. 19—42.
- Iverach L., O'Brian S., Jones M., Block S., Lincoln M., Harrison E., Hewat S., Menzies R.G., Packman A., Onslow M.* Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for stuttering // Journal of Anxiety Disorders. 2009. Vol. 23. Pp. 928—934.
- Zebrowski P.M.* Counseling People Who Stutter and Their Families // Journal of Stuttering, Advocacy & Research. 2006. Vol. 1. Pp. 1—6.
- Zebrowski P.M.* Building clinical relationships with teenagers who stutter // Contemporary Issues in Communication Sciences and Disorders. 2002. Vol. 29. Pp. 91—100.

STRATEGIC PSYCHOTHERAPY OF STUTTERING: A STRUCTURE OF A PROBLEM, DIRECTIONS AND TECHNIQUES OF TREAT²

N.V. KISELNIKOVA (VOLKOVA), M.M. DANINA

The unique experience of applying the strategic approach to psychotherapy of stuttering and results of using the most effective among selected psychotherapeutic techniques are presented in this paper.

This article describes a structure of stutterers' psychological problem, traditional views on psychotherapy of stuttering and discusses how the speech therapists' and psychologists' mistakes lead to reinforcement of stutterers' problems. Results of psychotherapy with one stuttering client who was in treatment in accordance with selected direction and techniques are presented. Finally problems and perspectives of this research are discussed.

² This work was supported by the Russian Foundation of Basic Research (project № 12-06-33042 "Integrated approach to psychological research of stuttering mechanisms").

Keywords: strategic psychotherapy, stuttering, logoneurosis, logophobia, a structure of a problem, dysfunctional problem solving attempts.

- Dubrovskii K.M.* Odnomomentnyi metod sniatii zaikaniia. Materialy Khar'kovskogo nauchnogo obshchestva / Khar'kov, 1966. Pp. 306—308.
- Karpova N.L.* Osnovy lichnostno-napravlennoi logopsikhoterapii. Vtoroe izdanie, ispravlennoe i dopolnennoe / Moscow: MPSI: Flinta, 2003. 200 p.
- Lokhov M.I., Fesenko Iu.A., Shchugareva L.M.* Zaikanie: nevrologiia ili logopediia? / Saint-Peterburg: "ELBI-SPb", 2005. 600 p.
- Missulovin L.Ia.* Patomorfoz zaikaniia. Izmenenie kartiny vozniknoveniia i techeniia zaikaniia, osobennosti korrektsionnoi raboty: Uchebnoe posobie / Saint-Peterburg: Soiuz, 2002. 320 p.
- Nardone Dzh.* Strakh, panika, fobiia. Kratkosrochnaia strategicheskaia terapiia / Moscow: Psikhoterapiia, 2008. 352 p.
- Nardone Dzh., Vatslavik P.* Iskusstvo bystrykh izmenenii. Kratkosrochnaia strategicheskaiia terapiia / Moscow: Publ. Instituta psikhoterapii, 2006. 192 p.
- Nardone Dzh., Verbits T., Milaneze R.* V plenu u edy: Kratkosrochnaia strategicheskaia terapiia pri narusheniiax pishchevogo povedeniia: bulimiiia, anoreksiia, vomiting (vyzvannaia rvota) / Moscow: Eksmo, 2010. 288 p.
- Nekrasova Iu.B.* Seansy psikhoterapevticheskogo vozdeistviia i nekotorye psikhicheskie sostoiانيا zaikaiushchikhsia. Voprosy psikhologii. 1980. № 5. Pp. 32—40.
- Shklovskii V.M., Krol' L.M., Mikhailova E.L.* Metody gruppovoi psikhoterapevticheskoi raboty s bol'nymi, stradaiushchimi zaikanie / Moscow: B.i., 1985. 46 p.
- Bloodstein, O., Bernstein R.N.* A handbook on stuttering / N.Y.: Thomson-Delmar, 2008.
- Craig A., Blumgart E., Tran Y.* The impact of stuttering on quality of life in adults who stutter. *Journal of Fluency Disorderp.* 2009. Vol. 34. Pp. 61—71.
- DiLollo A., Neimeyer R.A., Manning W.H.* A personal construct psychology view of relapse: indications for a narrative therapy component to stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorderp.* 2002. Vol. 27. Pp. 19—42.
- Iverach L., O'Brian P., Jones M., Block P., Lincoln M., Harrison E., Hewat P., Menzies R.G., Packman A., Onslow M.* Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for stuttering. *Journal of Anxiety Disorderp.* 2009. Vol. 23. Pp. 928—934.
- Zebrowski P.M.* Counseling People Who Stutter and Their Families. *Journal of Stuttering, Advocacy & Research.* 2006. Vol. 1. Pp. 1—6.
- Zebrowski P.M.* Building clinical relationships with teenagers who stutter. *Contemporary Issues in Communication Sciences and Disorderp.* 2002. Vol. 29. Pp. 91—100.

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СРЕДСТВАМИ РЕФЛЕКСИВНО-ДЕЯТЕЛЬНОСТНОГО ПОДХОДА: СЛУЧАЙ ДЕНИСА Г.

В.К. ЗАРЕЦКИЙ, Ю.В. ЗАРЕЦКИЙ

Представлен случай оказания психолого-педагогической помощи в преодолении учебных трудностей средствами рефлексивно-деятельностного подхода ученику 7 класса Денису Г. Случай иллюстрирует значение субъектной позиции учащегося по отношению к учебной деятельности не только для успешного преодоления трудностей в учебе, но и для общего развития подростка. Описано как от занятия к занятию возрастают активность и осознанность Дениса, возникают другие позитивные изменения. Анализируются средства помощи, которые использует консультант, работающий в методологии рефлексивно-деятельностного подхода.

Ключевые слова: развитие, рефлексивно-деятельностный подход, преодоление учебных трудностей, консультативная помощь, психолого-педагогическая помощь, анализ случая, субъектная позиция, рефлексия.

Представляя данный случай, мы хотели бы продемонстрировать значение субъектной позиции по отношению к учебной деятельности для преодоления учебных трудностей и потенциал оказания психолого-педагогической помощи средствами рефлексивно-деятельностного подхода (РДП) для развития ребенка. Мы считаем, что данный случай может рассматриваться в более широком контексте, чем просто помощь в преодолении отставания в учебе. С нашей точки зрения это тот случай, когда помощь в учебе (преодолении учебных трудностей) способствует возникновению целого ряда когнитивных и личностных новообразований, создавая условия для своего рода скачка в развитии, переходу в новое качество сразу многих функций и свойств. И принципиальную роль в срабатывании этого механизма играет субъектная позиция ребенка по отношению к учебной деятельности и — шире — к собственной жизненной ситуации, поддерживаемая консультантом.

В последние годы в психологии интерес к проблеме субъектного отношения, субъектной позиции, субъектности ребенка в широком смысле слова неуклонно возрастает, причем акцент делается именно на связи субъектности и развития. Так, например, Б.Д. Эльконин (2015) особенно резко обозначает эту связь. «Образование ... рассматривается как прогресс субъектности» [Эльконин, 2015, с. 26]. Развитие субъектности ребенка он обозначает как главную цель развивающего обучения и выделяет в субъектности две составляющие — инициативность и самостоятельность.

Как принципиальный для психологии развития методологический тезис идея субъектности заявлена в статье В.В. Давыдова, В.И. Слободчикова, Г.А. Цукерман (1992).

В определенном смысле идею важности именно субъектной позиции ребенка можно вычитать у Л.С. Выготского, когда описывая развитие ребенка во взаимодействии ребенка и взрослого, он уходит от термина «подражание» и характеризует это взаимодействие как сотрудничество [Выготский, 1984]. Сотрудничество предполагает субъект-субъектное взаимодействие, из чего логически вытекает именно субъектность позиции ребенка [Зарецкий, 2007].

Л.И. Божович выделяет наличие сознательно поставленных целей и активное их достижение, как основные свойства зрелой личности [Божович, 2008]. Можно говорить о том, что такая жизненная позиция зарождается еще в младшем школьном возрасте и носит название внутренней позиции школьника, которая является основой успешной учебной деятельности [Божович 2013; Лубовский, 2008; Салмина, Тиханова, 2007].

А.В. Леонтович, А.С. Обухов, В.И. Слободчиков указывают на такие составляющие субъектной позиции, как осознанность, целенаправленность, произвольность, самостоятельность (возможная независимость деятельности от ситуативности), продуктивность, культуросообразность, оспособленность, коммуникативность, отличие себя от себя как деятеля [Обухов, 2010]. Ими выделяются и этапы развития субъектной позиции: желание действовать самостоятельно, способность к самостоятельным действиям, самостоятельное целеполагание в деятельности и поиск путей ее достижения, осознание причин действий, культурное самоопределение, создание новых способов действия [там же]. Также А.С. Обухов формулирует ключевую проблему современного образования, состоящую в том, что оно в лучшем случае занимается первыми двумя уровнями развития субъектной позиции, в то время как именно способность к целеполаганию и культурное самоопределение наиболее востребованы в современном мире.

В рамках практической задачи оказания психолого-педагогической помощи в преодолении учебных трудностей, содействующей развитию,

субъектную позицию можно определить, как осознанное и активное отношение к осуществляемой деятельности [Зарецкий Ю.В., 2013]. Данное определение схватывает основное отличие от любой другой позиции и достаточно операционализировано, оно помогает отслеживать ключевые изменения в позиции учащегося. В РДП субъектная позиция, как осознанное и активное отношение к деятельности, является внутренним ресурсом и для успешного психолого-педагогического консультирования, консультанту необходимо его активировать [Зарецкий, Зарецкий, 2012].

Анализ практики оказания помощи учащимся средствами РДП и научные исследования, направленные на обеспечение этой практики, убедительно свидетельствуют о том, что необходимы три основных условия для появления и развития субъектной позиции, а именно: отношения сотрудничества между взрослым и ребенком, работа в зоне ближайшего развития (ЗБР) и рефлексия ребенком и взрослым собственной деятельности [Зарецкий В.К., 2013]. В данной статье мы не будем подробно останавливаться на обсуждении рассматриваемых выше условий, лишь дадим короткие характеристики того, как они способствуют появлению и развитию субъектной позиции.

Отношения сотрудничества — это субъект-субъектные отношения, которые позволяют ребенку почувствовать себя субъектом благодаря тому, что так к нему относится взрослый. Это очень важное условие и консультантам бывает очень трудно ему следовать, т.к. ребенок нередко провоцирует взрослого либо на конфронтацию, либо на отношения «руководитель — исполнитель», воспроизводя привычные ему стереотипы общения.

Работа в ЗБР — это деятельность, которая для учащегося является трудной, но сильной и доступной для понимания. Данное условие также представляет серьёзную трудность для консультантов, так как определить ЗБР и очертить ее границы бывает крайне непросто. Технически это достигается выполнением ряда заданий, ранжированных по сложности, чтобы определить, с какого задания ребенок начинает ошибаться (нижняя граница ЗБР), а какие задания перестает понимать (верхняя граница ЗБР). Таким образом можно определить границы ЗБР применительно к освоению учебного материала. Но аналогичным образом можно устанавливать границы ЗБР и по другим векторам развития, движение по которым может быть инициировано в ходе работы над учебными трудностями. Теоретически связь различных векторов когнитивного и личностного развития с движением в учебном материале описывается многовекторной моделью ЗБР, разработанной на основе идеи Л.С. Выготского [Зарецкий, 2007].

Рефлексия собственной деятельности — это процесс осознания собственных способов деятельности (как успешных, так и не успешных), своих мотивов, смысла деятельности, своей позиции, своих средств и способов деятельности. В рамках РДП это ключевой механизм изменений и развития в обучении [Зарецкий, 2007].

Итак, субъектная позиция — внутренний ресурс, активация которого очень важна для успешной психолого-педагогической помощи с точки зрения рефлексивно-деятельностного подхода и в данном подходе существуют средства, которые способствуют появлению и укреплению данной позиции.

Если взять более широкий контекст, то изучение внутренних ресурсов и их роли в преодолении трудных ситуаций, становится одной из наиболее актуальных задач практической психологии. Так, результаты исследований ведущего специалиста в области эффективности психотерапии К. Grawe говорят о том, что эффективность психотерапии зависит прежде всего от способности психотерапевта актуализировать те проблемы, для решения которых у пациента есть внутренний ресурс [Grawe, 2006]. В этом тезисе просматривается аналогия с работой в зоне ближайшего развития [Холмогорова, Зарецкий, 2011]. Для того, чтобы попробовать разобраться в том, что может скрываться за этими внутренними ресурсами можно обратиться к новому, крайне популярному направлению — позитивной психологии, которая как раз занимается поиском ресурсов, в том числе и внутренних, способствующих улучшению качества жизни. Многие позитивные интервенции направлены именно на повышение активности и осознанности [Sin, Lubomirsky, 2009]. Например, такие понятия, как *subjective wellbeing* (субъективное благополучие) и *resilience* (устойчивость), напрямую связаны со степенью активного и осознанного отношения к собственной жизни [Hefferon, Boniwell, 2011].

Если обратиться к другому психотерапевтическому направлению — когнитивно-бихевиоральному, то мы обнаружим, что еще в 1970-ые годы там были сформулированы задачи терапии, которые направлены на развитие активности и осознанности, а именно [Beck, 1976]:

— Терапевт и клиент являются сотрудниками и равноправными участниками процесса лечения;

— Цель терапии — помочь пациенту научиться самостоятельно решать проблемы, казавшиеся неразрешимыми, посредством осознания своих негативных мыслей и их изменения.

Это очень созвучно с теми средствами, которые используются в рефлексивно-деятельностном подходе для помощи учащимся с трудностями в обучении: ценность субъект-субъектных отношений, самосто-

тельная деятельность по решению своих проблем, рефлексия этого процесса.

Таким образом, случай, который мы анализируем в данной статье, может быть рассмотрен как в контексте психолого-педагогического консультирования, так и в более широком контексте роли субъектной позиции, как внутреннего ресурса в практике психологической помощи.

Стартовая ситуация и замысел занятий

Денис Г. на момент проведения занятий по оказанию ему помощи в преодолении учебных трудностей учился в 7-м классе, который имел репутацию «коррекционного». Денис учебными успехами не выделялся. По русскому языку, по которому в дальнейшем проводились занятия, за контрольные работы на протяжении нескольких лет (со слов классного руководителя и по данным журнала за 7-й класс) имел неудовлетворительные оценки. Мать умерла. Проживал с отцом, который много работал и не имел возможности уделять достаточного внимания сыну. Других родственников не было. Как выяснилось позднее, Денис был очень ориентирован на учебу, хотел получить образование, но без индивидуальной помощи ликвидировать свои пробелы не мог. В школе учителя такую помощь не оказывали. Когда всему классу было предложено такую помощь получить (в это время в школе проходила студенческая практика, и можно было оказать помощь всем желающим), то первоначально вызвались 22 человека. Однако единственным человеком, который посетил все занятия, был Денис. Остальные ученики посетили от двух до шести занятий. Стартовая диагностика не проводилась, т.к. обследовать 22 ученика было невозможно без ущерба для занятий, а когда выяснилось, что Денис является главным энтузиастом дополнительных занятий, то стартовое обследование самого Дениса проводить было поздно.

В качестве предмета для дополнительных занятий был выбран русский язык, во-первых, потому что за исключением нескольких человек никто из класса не получал положительных оценок за диктанты и другие контрольные работы; во-вторых, потому что их классный руководитель являлся учителем русского языка, т.е. был заинтересован в повышении успеваемости класса.

Всего Денис участвовал в 8 индивидуальных и групповых занятиях, включая стартовый диктант, с некоторого момента начал пробовать работать самостоятельно над ошибками и способами, изучать русский язык, стараясь компенсировать пробелы и выходя за рамки программы седьмого класса. Занятия проводились в течение полутора месяцев 1—2 раза в неделю.

В стартовом диктанте на 186 слов Денис допустил 18 ошибок (четвертый результат в классе, минимальное количество ошибок было 11, максимальное 60, т.е. ни один ученик с диктантом не справился). Ошибки у Дениса были всех возможных типов: 6 — «на внимание» (т.е. не попадающих ни под какое правило, например, пропуск букв, замена букв, лишняя буква), 7 — орфографических (на различные правила), 5 — пунктуационных. Еще 6 ошибок были найдены и исправлены при проверке (т.е. всего было допущено 24 ошибки).

Описание хода занятий по преодолению учебных трудностей

Занятие 1 (диагностический диктант).

Денис принимает предложение учителя и консультантов заниматься дополнительно русским языком. Строго следует инструкции при написании диагностического диктанта. Не скрывает свои ошибки. Не списывает. На полях делает пометки о найденных и исправленных ошибках, а также в одном случае ставит знак вопроса (означает, что он не уверен, хотя написал правильно).

Сразу после диктанта интересуется допущенными ошибками. После проверки начинает делать их инвентаризацию, т.е. выписывать в таблицу по определенной форме (так предписывает технология работы над ошибками в рамках РДП). В таблице предусмотрены графы «части слова», «части речи», «правило, на которое допущена ошибка», собственный пример. Денис просто выписывает ошибки, затрудняясь заполнить остальные графы. Заканчивает занятие, завершив инвентаризацию ошибок.

Характеристика отношения к дополнительным занятиям

Денис принимает замысел занятий. Осознанно следует инструкции. Активно работает над ошибками, начиная это делать сразу после проверки диктанта. Т.е. проявляет заинтересованность.

Можно предполагать, что у него появляется собственный смысл занятий и, возможно, появляется надежда на преодоление хронической неуспеваемости, чем объясняется его высокая активность и заинтересованность.

Занятие 2.

Завершает инвентаризацию ошибок, проводит их анализ совместно с консультантом. Соглашается с консультантом, что какой-то определенной закономерности в ошибках нет: ошибки «на внимание» выглядят глупыми и необъяснимыми, орфографические ошибки встречаются по одной-две на различные правила, в пунктуационных ошибках закономерности также не просматривается. (У некоторых ребят из класса видны отчетливые пробелы, например, подавляющее число ошибок на

определенное правило, т.е. можно говорить, что есть конкретный пробел. У Дениса явных пробелов нет, но в то же время есть ошибки, характерные для учеников начальной школы). Соглашается с консультантом, что нужно исследовать причины ошибок и проанализировать собственные способы написания диктанта. Объяснить, как он пишет, не может, т.к. не осознает своих способов.

Для анализа состояния собственных способов консультант предлагает Денису ориентироваться на обобщенное представление о способе грамотного письма, как включающего четыре основных действия (умения): умение увидеть опасное место, знание, как его проверить (каким правилом), умение это правило применить (как проверить), умение написать так, как задумал.

С помощью консультанта определяет и устраняет одну из причин своих ошибок — учится не допускать ошибки на внимание, для этого тренируется проговаривать при письме каждую букву, синхронизируя с языком действия руки, глаза и «мысли». Берет на вооружение способ: «если думаешь о том, что пишешь, говоришь то, что пишешь, пишешь то, что говоришь, и смотришь на то, что пишешь, то ошибки быть не может, если знаешь, как написать правильно». Работает до выработки умения, преодолевая насмешки одноклассника и чувство стыда от того, что нужно устранять пробел за первый класс. Занимается до результата, в конце пишет контрольное слово из 29 букв (на слух), уходит с чувством удовлетворения, благодарит за занятие.

Характеристика отношения к учебной деятельности

Внимательно выслушивает все, что говорит консультант, задает вопросы на понимание, переходит к следующему действию осознанно, выражая согласие с логикой консультанта. Старается вникнуть в представление об обобщенном способе действия. Задумывается о своих способах. Участвует в постановке цели. Сам принимает решение о том, когда завершить занятие. Проявляет активность в определении содержания, длительности, цели занятия, проявляет осознанность при установлении причин ошибок и выработке возможных путей их устранения.

Занятие 3.

Если на предыдущем занятии Денис проработал конечное звено способа (умение написать так, как задумал, проговаривая вслух), то на этом работает над устранением еще одной причины ошибок: неумение видеть опасные места. Убедившись в том, что он этим умением не владеет (видит не более 20 % опасных мест), Денис начинает осваивать способы видения опасных мест, которыми пользуется консультант. Процедура выработки умения видеть опасные места проходила следующим образом: Денис и консультант порознь подчеркивали в одинако-

вых предложениях те опасные места, которые видят, а затем сравнивали результаты, разбирали подчеркнутые места, обсуждали, каким способом они выделены, т.е. проводили анализ материала и рефлексию собственных способов деятельности. Занятие Денис завершил только после того, как количество выделенных им в предложении опасных мест полностью совпало с числом, которое получилось у консультанта. Благодарит консультанта по окончании занятия.

Характеристика отношения к учебной деятельности

По ходу занятия Денис проявляет активность, целенаправленность, осознанность, способность противостоять манипуляциям, справляться с негативными чувствами. Устанавливает отношения между содержанием занятий и появлением нового качества в собственных способах действия. Завершает занятие только после того, как осознает и убеждается на деле, что способ нахождения опасных мест освоен.

Занятие 4.

Впервые получает «четверку» за диктант (единственный из класса; результаты одноклассников — две «тройки», остальные — «двойки»). Ни одной ошибки в диктанте «на внимание» не допускает.

Принимает решение больше русским не заниматься, т.к. «проблем с русским больше нет». Но спонтанно включается в работу, в которой видит еще один из источников ошибок и возможный путь их устранения. Денис убеждается, что не знает частей речи и не различает их. А большинство правил в русском языке привязано к частям речи. Денис сначала выбирает «глаголы», затем включается в анализ правила «правописание частиц с частями речи», которое выбрал его одноклассник. Берет на заметку важность новой сложной темы. Собирается изучать ее самостоятельно за рамками занятия.

Характеристика отношения к учебной деятельности и новообразования

В Денисе начинает чувствоваться уверенность в себе (ощущается даже излишняя самоуверенность — «нет проблем в русском»). Это повышает его активность: впервые планирует попробовать проработать самостоятельно тему, по которой есть пробел. Решение принимает также самостоятельно.

Активность проявляется в том, что он выбирает свою тему, но по ходу с не меньшим интересом включается и в проблему, над которой работает одноклассник, фиксируя, что он этого тоже не знает.

Осознанность проявляется в критичности: начинает различать, что он уже знает и умеет, а что еще не знает.

Занятие 5.

Просит консультанта вместо русского языка помочь подготовиться к контрольной по математике. Запрос на две темы. Успеваем проработать

одну (уравнения). Вторую тему (графики) планирует проработать самостоятельно.

Характеристика отношения к учебной деятельности и новообразования

Сам принимает решение о том, чем заниматься на дополнительном занятии, приходит с замыслом заниматься другим предметом, осознанно формулирует запрос на помощь и содержание занятия, принимает решение о том, что самостоятельно проработает новую тему.

Занятие 6.

Неудачно пишет контрольную по математике, т.к. она была именно на ту тему, которую Денис собирался проработать самостоятельно, но не смог.

Просит помочь консультанта проработать эту тему.

Начинает различать, что он может делать самостоятельно на данный момент, а в чем нуждается в помощи консультанта. Формулирует запрос на помощь консультанта.

Возможно, пытается разобраться, почему не получилось проработать тему самостоятельно по математике (в русском языке получилось).

Занятие 7.

Пробует самостоятельно осваивать правила по русскому языку. Двигается по всему курсу.

С одним правилом разобраться не смог. Привлекает одноклассников к разбору правила, но они тоже не понимают его. Просит о помощи консультанта.

На занятие приходят еще трое одноклассников, в классе оказывается случайно ученица гимназического класса (дочь учителя русского языка), которая допускает ошибку на это правило в контрольном упражнении. Денис увидел и смог объяснить ее ошибку.

Работает до результата, т.е. пока не перестал допускать ошибки на это правило.

Характеристика отношения к учебной деятельности и новообразования

Самостоятельно изучает русский язык, отталкиваясь не от программы 7-го класса, а от своих пробелов. Проявляет критичность и осознанность, столкнувшись с трудностью понимания одного из правил.

Пробует привлечь ресурс одноклассников, организует коллективную работу, но она не дает желаемого результата. Формулирует запрос консультанту.

Ситуация с ошибкой ученицы гимназического класса, возможно, способствует повышению самооценки, т.к. Денис, ученик «коррекционного» класса, понял то, что не знала и не понимала ученица гимназического класса.

Появляется критерий усвоенности материала, т.е. владения способом.

Занятие 8.

Приходит с запросом к консультанту на помощь в подготовке к словарному диктанту. Не может объяснить, какая помощь нужна. Сам предлагает форму занятия («Вы диктуйте, мы будем писать, а потом разбирать ошибки»). По ходу оказывается, что он не может запомнить определенных слова, стабильно допуская в них ошибки. В ходе коллективного обсуждения того, как можно избиваться от этих ошибок консультант предлагает придумывать мнемотехнические приемы, которые помогут запомнить, как пишутся трудные слова.

Характеристика отношения к учебной деятельности и новообразования

Активность: сам формулирует запрос, определяет тему занятия, которой не было в опыте предыдущей работы консультанта, сам предлагает форму и идею занятия. С помощью консультанта находит способы, которые позволяют не допускать ошибок.

Самостоятельная работа Дениса Г. после проведенных занятий и изменения в отношении к учебной деятельности.

За словарный диктант получает «четверку» (уже вторую за период занятий).

Если после предыдущей «четверки» заявил, что проблем с русским нет, то сейчас ощущается досада, связанная с пониманием того, что «пятерка» была реальностью, а то, что он ее не получил, связано с тем, что он что-то не доработал.

Составляет план подготовки к итоговому диктанту в виде таблицы. Слева темы, правила, задания, которые будут в диктанте, справа — параграфы и страницы учебника, где они описаны. Делится этой информацией с друзьями. Консультанту эту работу не показывает (консультант узнает об этом случайно).

Проявляет самостоятельность в планировании подготовки, уверен в себе, не нуждается в помощи консультанта, оказывает помощь друзьям из позиции консультанта, делаясь с ними своими способами подготовки к диктанту.

Последнее перед итоговым диктантом занятие не состоялось по «техническим причинам». Денис и его друзья готовились самостоятельно, без консультанта, опираясь на план Дениса.

Итоговый диктант Денис единственный из класса написал на «5».

Денис сумел полностью самостоятельно подготовиться к итоговому диктанту, сам определил, как он будет готовиться, и получил высшую оценку за свою подготовку.

Самостоятельная работа Дениса после завершения учебного года

В течение летних каникул Денис продолжал самостоятельно работать над изучением русского языка. В октябре принял участие в школь-

ной олимпиаде по русскому языку и занял третье место среди гимназических классов, попав в состав сборной школы для участия в районной олимпиаде.

Таким образом, после завершения занятий Денис продолжал работать полностью самостоятельно, продолжал изучать русский язык, сам принял решение участвовать в олимпиаде, самостоятельно к ней подготовился, и достигнутый результат указывает на то, что решение участвовать в олимпиаде было вполне адекватным его возросшим возможностям, что говорит о высокой адекватной самооценке, осознанности и критичности.

Анализ динамики развития субъектной позиции в ходе занятий

У Дениса достаточно ярко просматривается динамика изменений в его позиции по отношению к учебной деятельности.

У него изначально достаточно высокая мотивация к учебе, но из-за нехватки учебных навыков и отсутствия помощи, он не может хорошо учиться. Дополнительные занятия воспринимаются им как шанс восполнить пробелы. Сначала это просто надежда на нового человека. Затем, после осознания причин своих ошибок и первых успехов по их устранению, появляется собственная активность и рефлексия, направленная на осознание и изменение способов собственной деятельности.

Начиная с третьего занятия, у Дениса появляется и растет уверенность в себе. Сначала это излишняя, некритичная самоуверенность, затем по мере осознания границ собственных возможностей и понимания, что во взаимодействии с консультантом они расширяются, уверенность в своих силах становится более адекватной. Денис пробует расширять зону самостоятельной работы, начинает формулировать осознанные целенаправленные запросы консультанту. После пятого занятия он дважды формулирует запрос на то, что не смог сделать самостоятельно, что указывает на постоянную работу рефлексии, на возрастание осознанного отношения к своей деятельности.

Рост самостоятельности выражается также и в том, что Денис составляет собственный план подготовки к итоговому диктанту, не согласуя его с консультантом, хотя такая возможность была. При этом он не просто верит в свои силы, но и получает за диктант отличную оценку, т.е. вера в себя и возросшая самооценка получают мощное подкрепление.

По отношению к своим друзьям он начинает выступать в роли помощника-консультанта по преодолению учебных трудностей. Ребята, которых он вовлек в подготовку по своему плану, также показали хорошие для себя результаты.

Достигнутые с помощью консультанта и благодаря активной, осознанной, творческой самостоятельной работе успехи становятся основанием для постановки цели, которая еще совсем недавно казалась невыполнимой для ученика, имеющего оценку по русскому языку между «двойкой» и «тройкой». Денис участвует в школьной олимпиаде, занимает призовое место и оказывается членом сборной школы для участия в районной олимпиаде.

Есть все основания утверждать, что отношение Дениса к учебной деятельности можно охарактеризовать как ярко выраженную субъектную позицию. Становлению и укреплению его субъектной позиции сопутствует появление целого ряда новообразований, которые можно описать следующими векторами: обогащение смысла учебной деятельности; появление способности вырабатывать собственные замыслы на работу по предмету; рост целенаправленности деятельности; рост способности работать самостоятельно; развитие способности к преодолению учебных трудностей; развитие рефлексии; рост критичности, способности различать и видеть границу между «уже могу» и «пока не могу»; открытие реальности способов учебной деятельности и обретение умения их вырабатывать и менять; позитивные личностные изменения — рост уверенности в себе, готовности прилагать усилия, ставить высокие цели, превращение в позитивного лидера класса.

Стартовая ситуация Дениса достаточно типична для учащихся с трудностями в обучении. Дефицит социальной поддержки, серьезные пробелы в знаниях, которые самостоятельно невозможно заполнить. Обычно очень много времени уходит именно на «запуск» собственной активности, так как учащиеся с трудностями, которым сопутствует неуспех, очень быстро проникаются состоянием «выученной беспомощности». В случае Дениса можно сказать, что уже в начале занятий его субъектная позиция была выражена сильно (он был очень активен), а в ходе занятий Денис стал намного более осознанно подходить к осуществляемой деятельности, что во многом и объясняет темп, которым двигался ученик. Учебная деятельность в рамках ЗБР ученика, рефлексия этой деятельности и отношения сотрудничества с консультантом, помогли Денису в столь короткие сроки осуществить достаточно масштабные изменения, касающиеся как учебных достижений, так и способов мышления, личностных установок и способов межличностного взаимодействия.

ЛИТЕРАТУРА

Божович Е.Д. Позиция субъекта учения как психологическая система: внешние и внутренние связи / Под ред. Е.Д. Божович. М.: Памятники исторической мысли, 2013. 294 с.

- Божович Л.И.* Отношение школьников к учению как психологическая проблема // Психология в вузе. 2008. № 5. С. 6—35.
- Выготский Л.С.* Педология подростка // Собр. Соч. в 6-ти т. Т. 4. Детская психология / М.: Педагогика, 1984. Т. 4. С. 5—432.
- Давыдов В.В., Слободчиков В.И., Цукерман Г.А.* Младший школьник как субъект учебной деятельности // Вопросы психологии. 1992. № 2. С. 14—19.
- Зарецкий В.К.* Зона ближайшего развития: о чем не успел написать Выготский... // Культурно-историческая психология. 2007. № 3. С. 96—104.
- Зарецкий В.К.* Становление и сущность рефлексивно-деятельностного подхода в оказании консультативной психологической помощи // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 2. С. 8—37.
- Зарецкий В.К.* Эвристический потенциал понятия «зона ближайшего развития» // Вопросы психологии. 2008. № 6. С. 13—26.
- Зарецкий Ю.В., Зарецкий В.К.* Субъектная позиция ребенка в преодолении учебных трудностей (случай из практики) // Консультативная психология и психотерапия. 2012. № 2. С. 110—133.
- Зарецкий Ю.В.* Субъектная позиция по отношению к учебной деятельности как ресурс развития и предмет исследования // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 2. С. 110—128.
- Лубовский Д.В.* Понятие внутренней позиции: культурно-историческая перспектива изучения личности школьника // Культурно-историческая психология. 2008. № 1. С. 2—8.
- Обухов А.С.* Возрастной аспект развития исследовательской деятельности: от спонтанного поведения к становлению субъектности // Исследовательская деятельность учащихся: от детского сада до вуза: научно-методический сборник в двух томах / Под общей редакцией к. психол. н. А.С. Обухова. М.: Общероссийское общественное Движение творческих педагогов «Исследователь, МПГУ, 2010. С. 42—48.
- Салмина Н.Г., Тиханова И.Г.* Внутренняя позиция школьника и социальная желательность у детей старшего дошкольного и младшего школьного возрастов // Культурно-историческая психология. 2007. № 1. С. 56—62.
- Холмогорова А.Б., Зарецкий В.К.* Может ли культурно-историческая концепция Л.С. Выготского помочь нам лучше понять, что мы делаем как психотерапевты? // Культурно-историческая психология. 2011. № 1. С. 108—118.
- Эльконин Б.Д.* Педагогическая идея развивающего образования // Современность и возраст / Эльконин Б.Д., Архипов Б.А., Островерх О.С., Свиридова О.И. М.: Некоммерческое партнерство «Авторский клуб», 2015. С. 27—29.
- Beck A.T.* Cognitive therapy and the emotional disorders / New-York: International Universities Press, 1976. 368 p.
- Grawe K.* Agents of Change in the Processes of Psychotherapy. Part I / IFP Newsletter: Zurich, June 2006. Pp. 7—17.
- Hefferon K., Bonniwell I.* Positive psychology. Theory, research and applications / Maidenhead, Berkshire, England: McGraw Hill Open University Press, 2011. 336 p.
- Sin N.L., Lyubomirsky S.* Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis // Journal of Clinical Psychology. 2009. Vol. 65. Pp. 467—487.

PRACTICE OF PSYCHOLOGO-PEDAGOGICAL HELP BY THE RESOURCES OF REFLECTIVE-ACTIVITY APPROACH: CASE OF DENIS G.

V.K. ZARETSKII, Y.V. ZARETSKII

There is the case of psychologo-pedagogical help to a student with educational problems by the resources of reflective-activity approach. The case shows the importance of position of agency on learning activity not only for the successful overcoming of learning difficulties, but also for overall development of the teenager. There is described, as from session to session the activity and awareness of Denis increased, other positive changes appeared. The resources of help that are used by a consultant, working in the methodology of reflective-activity approach, are analyzed.

Keywords: development, reflective-activity approach, overcoming of learning problems, counseling, psychological-pedagogical help, case analysis, position of agency, reflection.

- Bozhovich E.D.* Pozitsiia sub"ekta ucheniia kak psikhologicheskaia sistema: vneshnie i vnutrennie sviazi / Pod red. E.D. Bozhovich. Moscow: Pamiatniki istoricheskoi mysli, 2013. 294 p.
- Bozhovich L.I.* Otnoshenie shkol'nikov k ucheniiu kak psikhologicheskaia problema. Psikhologiiia v vuze. 2008. № 5. Pp. 6—35.
- Vygotskii L.S.* Pedologiiia podrostka. Sobr. Soch. v 6-ti t. T. 4. Detskaia psikhologiiia / Moscow: Pedagogika, 1984. T. 4. Pp. 5—432.
- Davydov V.V., Slobodchikov V.I., Tsukerman G.A.* Mladshii shkol'nik kak sub"ekt uchebnoi deiatel'nosti. Voprosy psikhologii. 1992. № 2. P. 14—19.
- Zaretskii V.K.* Zona blizhaishego razvitiia: o chem ne uspel napisat' Vygotskii... Kul'turno-istoricheskaiia psikhologiiia. 2007. № 3. Pp. 96—104.
- Zaretskii V.K.* Stanovlenie i sushchnost' refleksivno-deiatel'nostnogo podkhoda v okazanii konsul'tativnoi psikhologicheskoi pomoshchi. Konsul'tativnaia psikhologiiia i psikhoterapiia. 2013. № 2. Pp. 8—37.
- Zaretskii V.K.* Evristicheskii potentsial poniatiia "zona blizhaishego razvitiia". Voprosy psikhologii. 2008. № 6. Pp. 13—26.
- Zaretskii Iu.V., Zaretskii V.K.* Sub"ektnaia pozitsiia rebenka v preodolenii uchebnykh trudnostei (sluchai iz praktiki). Konsul'tativnaia psikhologiiia i psikhoterapiia. 2012. № 2. Pp. 110—133.
- Zaretskii Iu.V.* Cub"ektnaia pozitsiia po otnosheniiu k uchebnoi deiatel'nosti kak resurs razvitiia i predmet issledovaniia. Konsul'tativnaia psikhologiiia i psikhoterapiia. 2013. № 2. Pp. 110—128.
- Lubovskii D.V.* Poniatie vnutrennei pozitsii: kul'turno-istoricheskaiia perspektiva izucheniia lichnosti shkol'nika. Kul'turno-istoricheskaiia psikhologiiia. 2008. № 1. Pp. 2—8.

- Obukhova A.S.* Vozrastnoi aspekt razvitiia issledovatel'skoi deiatel'nosti: ot spontannogo povedeniia k stanovleniiu sub'ektnosti. Issledovatel'skaia deiatel'nost' uchashchikhsia: ot detskogo sada do vuza: nauchno-metodicheskii sbornik v dvukh tomakh / Pod obsheiei redaktsiei k.psihol.n. A.S.Obukhova. Moscow: Obshcherossiiskoe obshchestvennoe Dvizhenie tvorcheskikh pedagogov "Issledovatel', MPGU, 2010. Pp. 42—48.
- Salmina N.G., Tikhanova I.G.* Vnutrenniaia pozitsiia shkol'nika i sotsial'naiia zhelatel'nost' u detei starshego doshkol'nogo i mladshogo shkol'nogo vozrastov. Kul'turno-istoricheskaia psikhologiya. 2007. № 1. Pp. 56—62.
- Kholmogorova A.B., Zaretskii V.K.* Mozhet li kul'turno-istoricheskaia kontsepsiia L.S. Vygotskogo pomoch' nam luchshe poniat', chto my delaem kak psikhoterapevty? Kul'turno-istoricheskaia psikhologiya. 2011. № 1. Pp. 108—118.
- El'konin B.D.* Pedagogicheskaiia ideia razvivaiushchego obrazovaniia. Sovremennost' i vozrast / El'konin B.D., Arkhipov B.A., Ostroverkh O.S., Sviridova O.I. Moscow: Nekommercheskoe partnerstvo "Avtorskii klub", 2015. Pp. 27—29.
- Beck A.T.* Cognitive therapy and the emotional disorders / New-York: International Universities Press, 1976. 368 p.
- Grawe K.* Agents of Change in the Processes of Psychotherapy. Part I / IFP Newsletter: Zurich, June 2006. Pp. 7—17.
- Hefferon K., Boniwell I.* Positive psychology. Theory, research and applications / Maidenhead, Berkshire, England: McGraw Hill Open University Press, 2011. 336 p.
- Sin N.L., Lyubomirsky S.* Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. Journal of Clinical Psychology. 2009. Vol. 65. Pp. 467—487.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ДИСКУРСЫ В ПСИХОТЕРАПИИ

В.Р. ДОРОЖКИН

В статье исследованы различные типы дискурсов с позиции субстрата эмоциональной атмосферы на терапевтическом сеансе. Выделенные виды эмоциональных дискурсов автор рассматривает в их связи с ранним детским опытом отношений со значимыми взрослыми. Введенное понятие эмоционального дискурса позволяет отойти от определения типа личности клиента в сторону устанавливаемых последним отношений, что фокусирует терапевта на процессе терапевтического взаимодействия и, более того, на «языковых» особенностях контакта между участниками.

Ключевые слова: дискурс, носитель эмоционального языка, эмоциональные дискурсы в психотерапии, виды эмоциональных дискурсов.

В современной психотерапии достаточно много говорят о важности языковых способностей психотерапевта. Он должен уметь понимать дискурс клиента любой сложности, владеть социолектами, культурными и идеологическими контекстами речи [Серио, 1999], его обязательное качество — велеречивость [Бондаренко, 1997], а сам он должен быть пансемиотическим субъектом [Калина, 1999]. Безусловно, важность языковых способностей возрастает, когда терапевт работает в русле «психотерапии словом», но они необходимы и в телесно-ориентированных, арт-терапевтических, психодраматических и других подходах.

Языковая сущность психотерапии является достаточно изученной и не вызывает сомнений [Лакан, 1997; Калина, 1999; Серио, 1999]. В данном же тексте я хочу остановиться на эмоциональной компоненте дискурса в психотерапии. Эта компонента гораздо реже становится предметом изучения и рассматривается скорее с позиций возможностей понимания эмоциональности клиента, с точки зрения эмпатии [Роджерс, 1984], катарсиса [Перлз, 1996], феномена ре-переживания [Томэ, 1996; Балинт, 2002] и т.п. В этом тексте она исследуется с опорой на феноменологию психотерапевтических отношений.

В практике работы групповым и индивидуальным психотерапевтом я давно обратил внимание на то, что каждый клиент в процессе своего говорения создает ещё и эмоциональный фон, определенную эмотив-

ную атмосферу. В связи с этим мне вспоминается показательная история, которая произошла на одной из групп.

Началось все с рассказа участницы Ирины о том, что ей никогда не везло с мужчинами. Они то «сбегают» от неё, то «куда-то пропадают», даже собственный отец её «внезапно умер от сердечного приступа», когда она не достигла ещё подросткового возраста. Речь Иры не обладала какими-то особенностями и была ничем не примечательна, кроме, разве что, слишком тихого голоса. Иногда её голос становился настолько тихим и «слабым», что приходилось вслушиваться со значительным напряжением и переспрашивать отдельные фразы. По мере того, как группа слушала и продвигалась в понимании жизненной истории Ирины, участники мужского пола стали демонстрировать достаточно необычное поведение, не присущее им ранее. Началось все с того, что один мужчина, сославшись на важный звонок, внезапно встал и ушел с сеанса. Через некоторое время другой участник, пожаловался на духоту в комнате, сказал, что ему необходимо выйти и исчез минут на двадцать. Еще один мужчина заявил, что именно в это время к нему должен подъехать товарищ для того, чтобы забрать документы, попросил разрешение покинуть аудиторию на несколько минут, ушел и не вернулся на сеанс. В то же время, после массового исчезновения мужчин настала очередь последнего их представителя в группе — терапевта. Я почувствовал внезапную сильную головную боль, затем головокружение, что вынудило и меня оставить аудиторию на несколько минут. Возникшее состояние было столь интенсивным и внезапным, что единственным моим желанием на тот момент стало стремление выскочить из кабинета. Как только я вышел, боль прекратилась практически мгновенно. Мистика какая-то! Групповую психотерапию продолжила вести котерапевт-женщина и, странное дело, ни она, ни участницы-женщины не чувствовали никакого дискомфорта. Безусловно, они были удивлены массовым исчезновением мужчин, обратили на это внимание в своих комментариях, но сами были обескуражены случившимся и не совсем понимали, что все-таки происходило и каковы внутренние причины, побудившие мужчин исчезнуть.

Ситуацию удалось прояснить на следующей встрече, когда группа вновь собралась в полном составе. Каждому участнику мужского пола была предоставлена возможность прокомментировать то, что он испытал на предыдущей встрече в связи с Ириной и её рассказом. Как выяснилось, все почувствовали приблизительно одно и то же состояние. С небольшими различиями во времени, для каждого установилась такая атмосфера, которая субъективно ощущалась как «давящая», «тяжелая», «невыносимая» и была воспринята как угроза «не только здоро-

вью, но и жизни». Причем эти переживания были представлены в столь остром, интенсивном варианте, что, забыв о правилах, участники просто ретировались. Один мужчина даже припомнил, что почувствовал нечто сродни умиранию. Другой член группы описал произошедшее как поочередное и методичное убийство участницей одного мужчины за другим. Дальнейший групповой анализ показал, что в переносе клиентка воспроизвела свое собственное эмоциональное состояние, которое возникло у неё много ранее, ещё в детстве, в связи со смертью отца. В той памятной групповой психотерапии, как и в своей собственной жизни, она «вытеснила/выдавила» мужчин из поля контакта прежде, чем они могли бы «умереть», внутренне считая себя способной их «убить», потенциальной виновницей в их возможной смерти. «Выталкивая» мужчин она спасала их тем самым от самой себя. Её способность создавать невыносимую атмосферу своим тихим голосом, когда приходилось «максимально напрягаться», чтобы услышать её, истощила слушателей-мужчин. Голос Ирины был столь слабым, что, по выражению одного из участников, не был предназначен для окружающих её людей. Она говорила для себя, сама с собой и ... с мертвыми призраками, населяющими её пространство. Чтобы услышать клиентку, нужно было в эмпатийном контрпереносе стать ею самой, либо... умереть.

Эмоциональное истощение, возникшее у мужчин, породило в их душе и встречный процесс — у них возникла сильная агрессия, которую они прервали, как и контакт с самой клиенткой, результатом чего стало их уход с сеанса. На последующих встречах удалось выяснить, что агрессия не просто появлялась у мужчин, а буквально «выуживалась» из них самой Ириной. Она провоцировала участников на нападение. В частности, было определено, что, сама того не осознавая, Ирина хотела быть «убитой». Она чувствовала, что это единственный способ остановить саму себя, жила в бессознательной фантазии собственного всемогущества, испытывала сильную вину за свои «опасные способности». Именно поэтому она искала мужчину сильнее себя, тестируя каждого. Но искала она его не для того, чтобы начать с ним жить, а для того, чтобы он умертвил её, остановив тем самым порочный круг её деструктивного контакта.

В то же время Ирина не верила ни одному мужчине, так как самый сильный и главный для неё их представитель — её отец — умер, не выдержав её любви. В своей бессознательной фантазии она хотела бы возродить Отца и ... быть «убитой» им, так как он один имел на это признаваемое ей право. Примечательно, что в жизни Ирина не «чувствовала» любви как таковой и не осмысляла отношения с помощью такой категории. Для нее высшим актом любви являлось разрушение, а сигналом

начинающегося чувства становилось нарастание агрессии. Последнее обуславливает и динамику чувства вины. Переживание вины как бы транслировало Ирине: «Ты убила отца, в тебе много разрушительной силы, ты убьешь каждого, кого полюбишь, и кто будет тебе не безразличен. Посмотри, как разрушительно ты влияешь на мужчин. Ты должна умереть, иначе ты погубишь всех, кто тебе дорог». Потребность в прекращении собственных страданий в связи с чувством вины, переросла у неё в желание умереть. А атмосфера, которую Ирина создала на том памятном сеансе, была гораздо показательнее, чем непосредственное содержание её рассказа.

Вспомненный случай нуждается в расставке акцентов, сообразно теме самой статьи. Для меня в данной истории важна не столько способность Иры бессознательно влиять на мужчин, создавая «тяжёлую для них атмосферу», сколько то, что эту способность она осознала через агрессию мужчин в групповом поле отношений. Агрессия послужила триггером, она запустила коммуникацию на специфическом эмоциональном языке. Особо подчеркну, что в порождённом Ириной дискурсе не было понятий любви и принятия. Безусловно, сами слова были знакомы девушке, но они не обладали для неё эмоциональным наполнением, смыслом. Более того, когда в начале работы с Ириной группа относилась к ней с принятием и эмпатией, то раскрытие глубинных переживаний не происходило, девушке не хватало «спускового крючка». И он появился на той встрече, когда мужчины обнаружили и проявили агрессию к Ирине, выступив при этом весьма эмоционально.

Ещё одна история произошла на другой группе в рамках трехлетнего обучающего терапии проекта. Девушка по имени Ольга поделилась историей своих взаимоотношений с отцом. С детства она помнит, что её отец пил, ссорился с матерью, оскорблял саму Ольгу. Она также вспоминала, что никогда не могла найти общий язык с родителем, ругалась с ним, часто находилась в состоянии «холодной войны», во время которой «не замечала его», игнорировала его присутствие. В то же время, с пяти лет она жила с отцом в одной комнате, тогда как её мать спала со своим сыном (младшим братом клиентки) в другой комнате. В периоды сильных конфликтов с отцом Ольга переходила жить к матери и брату, но как только эти конфликты ослабевали, девочка возвращалась в комнату к отцу. В терапевтической группе ответом на эти воспоминания стали фантазии участников о скрытой любви Оли к отцу, о существовании эротической компоненты в отношениях с ним. На такие предположения Ольга достаточно спокойно замечала: «Я не совсем понимаю, о чем вы говорите. Я никогда никого не любила, и я не знаю, что такое любовь. Я просто не испытываю это чувство, не «чувствую» его, а, мо-

жет быть, просто не умею любить». Размеренное и спокойное обсуждение истории Ольги продолжалось до тех пор, пока один из участников не заявил в полушуточной манере следующее: «Оля, если честно, мне хочется подойти к тебе растормошить и стукнуть», и он съмитировал замах с восклицанием: «У-у-у-х!». В ответ на это действие эмоциональное состояние девушки поменялось. У нее возник сильный аффект, она «взорвалась», стала вести себя агрессивно: «Только попробуй, только подойди — выкрикивала она, — Уж я сумею постоять за себя. Вы мне талдычите о какой-то любви. Да я ненавидела отца! Я спала с ним только затем, чтобы он не трогал маму. Я была готова «убить» его. Я принимала все его удары на себя. Когда он был пьяный, я за ним следила. Поэтому он и не трогал никого. Я ненавижу его!». В группе повисла пауза, в течение которой Оля успокоилась. Через время участники вернулись к более взвешенному и спокойному обсуждению ситуации. Клиентка опять вошла в состояние эмоциональной нейтральности, в котором не было чувств, а была, по её собственным словам, «лишь одна пустота». Более того, несколько позже Оля подтвердила, что ей хорошо знакомы только два внутренних переживания: одно из них — злость/ненависть; другое — чувство пустоты. Дискурс любви ей не знаком, и говорить на нем она не умеет.

Именно с Олиного случая у меня стала вырисовываться гипотеза о существовании знакомых каждому человеку с детства эмоциональных дискурсах, которые характеризуют привычные и, в силу этого, предпочитаемые для него эмоциональные состояния. Одни люди говорят преимущественно на одних эмоциональных дискурсах, другие — на других. Закрепляются эти состояния путем импринтинга, фиксируясь в опыте отношений, как базовые. При этом носители разных эмоциональных дискурсов слабо понимают друг друга. Чужой эмоциональный дискурс непонятен, точнее, слова, обозначающие чувства, в нём знакомые, но в них нет эмоционального наполнения, они не обеспечены психологическим пониманием, «не чувствуются», не находят эмоционального отклика, внутренне пусты и не заполнены аутентичными переживаниями. Базовые мироощущения, построенные на раннем опыте детско-родительских отношений и отвечающие за ключевые эмоциональные состояния, у разных людей различны.

Когда я начал собирать сведения об эмоциональных дискурсах, то обнаружил несколько их разновидностей, среди которых нетрудно было определить: а) дискурс любви, принятия и внутреннего счастья, б) дискурс апатии, страдания, горя, «депрессии» и пассивного противостояния, а также его подвид — дискурс слияния, слипания, со-зависимости, в) дискурс агрессии, активного противостояния, ненависти, гне-

ва, конфликта, разрушения и боли; г) герметичный докучный дискурс нарциссического подobia и рекурсии.

Мой терапевтический опыт позволяет утверждать, что в практике психотерапевтического консультирования выделенные четыре вида эмоциональных дискурсов встречаются чаще всего. Безусловно, они не исчерпывают все возможные разновидности и варианты. Более того, я вполне допускаю существование иных эмоциональных дискурсов и буду благодарен за внесение дополнительных дифференциаций. Тем не менее, построенная классификация достаточно ёмкая, и её вполне хватает для уточняющей диагностики терапевтического дискурса.

Начну с «дискурса любви».

Людям, которые говорят на данном «эмоциональном языке», свойственна ориентация на любовь, благо, счастье свое и других. Они легко понимают различные эмоциональные проявления любви, ориентированы на принятие, интенционально стремятся к установлению позитивных отношений. Носители «дискурса любви» готовы давать и принимать любовь. В раннем детстве у них присутствует опыт отношений с «достаточно хорошими объектами» (термин Д. Винникота), которые впоследствии интериоризируются и становятся внутренними.

Возникает закономерный вопрос: есть ли у подобных людей психологические проблемы? Конечно, есть. Особенность носителей «дискурса любви» заключается в имманентно присущей им амбивалентности в отношении к собственной автономии/сепарации от других. Носители данного языка переживают себя как значимую фигуру в отношениях, но партнер обладает для них приоритетностью. Испытывая благодарность к внутренним объектам, носители «языка» любви стремятся «осчастливливать» людей вокруг себя. Это происходит даже тогда, когда переживания принятия и любви не релевантны и не близки их значимым Другим. Тем не менее, носитель «дискурса любви» старается индуцировать эти чувства у близких и у референтного ему окружения. И ему тяжело, когда встречный эмоциональный резонанс отсутствует. Именно поэтому одной из ключевых задач, которую решают носители «дискурса любви» в собственной жизни, выступает внутреннее гармоничное разрешение амбивалентности, связанной с автономией-зависимостью, выстраивание корректных границ между «Я» и Объектами.

Другой особенностью носителей «дискурса любви» является то, что они остро переживают чувство несправедливости, им трудно выдерживать это переживание. Такие люди страдают без взаимного принятия, не могут жить в конфликте, угнетаются чувством несправедливости, «царящей в мире». Они стремятся к примирению либо уходу из ситуации эмоциональной холодности и отвержения, что опять же их травмирует и вы-

зывает тревогу. Их границы немного вынесены в мир, открыты, и когда в них проникает атмосфера отчуждения, агрессии, холода, либо нелюбви, они страдают. Неумение «держаться» границы делает их уязвимыми.

В терапевтической группе такие участники являются оплотом ведущего, они задают тон аутентичности, открытости и стремления к пониманию других людей; их отношение к людям, самим себе и миру в целом — основа корригирующего эмоционального опыта для других. Но... носители «эмоционального языка любви» также бывают «ранены», а иногда и серьезно травмированы эмпатийной сопричастностью к негативному опыту значимых Других.

Носителям «дискурса апатии» присущи, как правило, негативные переживания любых событий, им свойственны пессимистические ожидания от жизни в целом, у них перманентно сниженный фон настроения, они эмпатийно откликаются на чужие страдания, способны долго испытывать негативные чувства и свободно удерживают их в поле своего внимания. Носители «дискурса апатии» чувствуют себя виноватыми во всем, более того, они переживают себя как малоценный и не заслуживающий внимания остальных объект. Такие люди с радостью помогают другим, с готовностью участвуют в решении чужих психологических проблем, но сами испытывают дискомфорт в ситуации, когда становятся объектом внимания других людей. В своих глубинных переживаниях носители «дискурса апатии» боятся быть отвергнутыми и непринятыми. С детства им недостаёт любви значимых Других, и они, идентифицируясь с равнодушными в отношении них Объектами, научаются смотреть на себя глазами пренебрежения или даже отвержения.

В терапевтических группах такие участники, как правило, эмпатийны и заботливы. Своей активностью они зарабатывают «право быть», «чувство нужности». Самооценка таких людей обусловлена восприятием собственной полезности в группе. Если они чувствуют, что пользы от них мало, то испытывают недовольство и разочарование. Носители «дискурса апатии» тяжело переживают отказ принять их помощь. Делегируя самим себе ответственность за атмосферу в группе, они чувствуют значительную, уже ставшую привычной для них вину в случае, когда «что-то идет не так». Такие люди склонны к самонаказанию и самодеструкции, что дополнительно мешает им становиться на путь собственного счастья. Любовь объекта воспринимается носителями «дискурса апатии» как незаслуженная, они не верят в неё, считают, что «любить их не за что». Чужая любовь вызывает у них чувство вины. В их внутреннем мире присутствует страх по поводу того, что тот, кто их полюбил, просто недостаточно хорошо распознал их. Они мучаются, переживая, что любовь пройдет, как только значимый Другой узнает их лучше. Цент-

ральной задачей, которую решают носители «дискурса апатии», является принятие права на собственные чувства, желания и переживания, а также признание своего права на получение удовольствия. Кроме того, одной из целей терапевтической работы с ними становится обретение ими свободы от переживания вины.

Разновидностью «языка» апатии выступает «дискурс слияния, слияния и со-зависимости». В этом случае также происходит идентификация с «равнодушным» объектом, заслужить любовь которого пытается носитель «языка» со-зависимости. Отличие носителей этих двух дискурсов состоит в том, что в случае «языка» слияния его носитель активно преследует объект, стремится находиться с ним в перманентной близости. Носитель же «языка» апатии страдает в результате утраты объекта и, зачастую, пассивно пребывает в этом состоянии, никоим образом не стараясь его изменить.

«Дискурс агрессии» также во многом схож с «языком» апатии, только пассивная привязанность здесь заменяется активным разрушением объекта. Носители «дискурса агрессии» идентифицируются не с холодными, равнодушными Объектами, а с агрессивными значимыми Другими. При этом они сами становятся агрессорами в собственной жизни. Обладатели «дискурса агрессии» склонны к выстраиванию иерархических отношений, в рамках которых они чувствуют свою защищенность. Интересно, что носители данного «языка» даже не надеются получить любовь от тех людей, которых они субъективно воспринимают как «старших», а ожидают от них распоряжений, инструкций, приказов, и, в крайнем варианте, нападения и разрушения. Также они сами не способны передавать любовь по нисходящей — тем, кто в их субъективном мире занимает нижние, подчиненные позиции. Более того, носители «дискурса агрессии» стремятся к контролю себя и других. Чувства заменены у них правилами, распорядками, расписаниями, внутренними уставами. Обладатели «языка» агрессии комфортно уживаются в ситуациях противостояния, конфликт — это их стихия. Для них понятны и информативны эмоции гнева, злости, ярости и абсолютно не наполнены переживаниями чувства любви и принятия. Также и прощение не представлено для них в эмоциональном переживании. Им хорошо знаком только прочувствованный опыт наказания. Если наказан — значит, прощён; если нет — то чувство вины может длиться бесконечно долго, подталкивая к альтернативным способам самонаказания. В то же время, обладатели данного эмоционального дискурса эмпатийны в отношении к чужому страданию и боли, так как чувствуют в них отголоски собственных переживаний.

В данном контексте показателен случай участницы одной терапевтической группы. Валя — молодая миловидная девушка, работает мед-

сестрой в хирургическом отделении. Основные ухажеры Вали — это пациенты её отделения, с которыми её связывает профессиональная деятельность. Она делает перевязки, уколы, обрабатывает раны и пр. В хирургическом отделении много боли и, естественно, что во время медицинских процедур Валентина сталкивается с различными проявлениями страдания и несчастья у своих пациентов. Последним она в значительной мере сострадает. Возникающая жалость, со слов самой Вали, запускает чувство симпатии, что уже неоднократно переросло у неё в увлечение кем-то из больных. В то же время, когда пациенты выздоравливают и выписываются из отделения, она теряет к ним интерес и прерывает с ними отношения. Подобные переживания симпатии к боли являются, возможно, разновидностью альгофилии, перенесенной с помощью проективной идентификации на референтный Объект. Но дело не в этом. Здесь я хочу проиллюстрировать другую особенность динамики Валиных чувств. Для этого воспользуюсь приведенным девушкой случаем «реальных» отношений с парнем «не из больницы». Молодой человек несколько месяцев ухаживал за Валентиной, добился её расположения, они начали встречаться. С её слов, она не испытывала к нему сильных чувств, но так как он проявил достаточную настойчивость, то она уступила напору его внимания. Через полгода Валя превратила отношения с парнем «из обычных в болезненные». Она установила жесткий распорядок встреч, запретила ухажеру звонить ей в рабочее время. Введение новых правил девушка мотивировала тем, что: «нам не о чем разговаривать в рабочее время, а разводить сопли я не люблю». Также она перестала отвечать на расспросы парня о наличии у неё чувств к нему. Со временем, жесткость Валиной позиции и тотальный контроль, которым она окутала отношения, начали сказываться. Постепенно ухажер превращался во все более несчастного и опечаленного сложившейся ситуацией молодого человека, и... это начало производить на девушку обратный эффект. Как только она почувствовала его слабость и душевные страдания, то начала отслеживать возникновение собственной привязанности и интереса к нему. Она стала проявлять заботу о нём, уделять ему внимание. Более того, сочувствие душевным страданиям парня было настолько сильным, что переросло во влюбленность.

В тоже время, инерция восприятия молодым человеком самой Вали привела к тому, что он начал бунтовать против её подхода к отношениям. Он высказывал ей свои претензии, пробовал самостоятельно влиять на стиль отношений, занял активную позицию, вышел из состояния «жертвы» и... Валентина бросила его. «Он перестал быть мне интересен, а влюбленность куда-то испарилась», — так девушка резюмировала исход этой связи.

Несколько позже она прокомментировала собственную динамику чувств следующим образом: «Меня влечет только к несчастным, страдающим людям, а активные, полные сил мужчины интереса не вызывают. Пожалуй, это взаимно, и я тоже не нравлюсь им. У нас нет внутреннего резонанса и понимания между собой. Мы слеплены из разного теста: я — из переживаний боли, печали и сострадания; а они — из фанфарной активности, бодрости и оптимизма».

Если носителями «дискурса агрессии» являются один или несколько участников терапевтического процесса, то им приходится трудно и дискомфортно в начале работы группы со свободной групповой динамикой. Отсутствие иерархии и недирективность в работе ведущего воспринимаются ими как опасность, а равенство статусов членов группы переживается как потенциальная угроза. Поэтому на первых порах носители «языка агрессии» стремятся активно контролировать групповой процесс, пытаются выяснить, «кто есть кто». Со временем обладатели данного эмоционального языка начинают занимать покровительственную позицию к остальным участникам, делятся с ними поддержкой и защитой. Лишь к началу рабочей стадии развития группы, и то, только в том случае, когда в ней устанавливается атмосфера доверия, такие участники становятся способными проявить собственную слабость и уязвимость. Последний опыт является для них колоссальным ресурсом корректирующего эмоционального переживания, трансформирующего их специфический цикл проживания эмоций агрессии и боли.

Дополнительно замечу, что основной задачей в жизни носителей «языка агрессии» выступает обретение доверия к миру, что вторично приводит к избавлению от перманентного страха, уменьшает чувство тревоги и обеспечивает свободу от жестких предписаний, правил и порядков, которые унаследованы ими из опыта ранних отношений.

Наконец, остановлюсь ещё на одном эмоциональном дискурсе — герметичном, докучном языке нарциссического подобия и рекурсии. Само название этого языка уже несколько необычно.

В «языке нарциссизма», как и в поле отношений нарциссической личности нет места значимому Другому. Этот эмоциональный язык замкнут сам на себя, в него не включены чужие переживания и чувства, они закрыты от нарцисса частями его личности, а войти в его внутренний мир можно только в эмоциональных одеждах носителя данного языка. Нарциссическая личность, её переживания, опыт отношений и чувства являются мерилем всему, у такой личности не сформирована установка на понимание и, самое главное, на признание Другого и его

отдельности от самой себя. Другой в субъективном пространстве нарцисса — только одна из его частей, много меньшая, чем целое. Важность Другого для носителя «дискурса нарциссизма» незначительна. Носитель этого «языка» склонен к присваиванию мира, тем более что мир — это и есть он сам.

Перечисленные особенности данного языка определяют первую его характеристику — герметичность. В пространство переживаний нарцисса с большим трудом встраиваются чужие эмоции; эмпатия у такой личности не направлена на внешний объект, он не солидаризируется с чужими эмоциональными состояниями. В своих переживаниях нарцисс представлен сам собой и сам по себе, остальной мир он определяет через себя, посредством собственных состояний. Последний аспект открывает другую характеристику языка нарциссизма — самоподобие/рекурсию, связанную с его докучным характером. Докучность текста — это такая его особенность, при которой многократно повторяется один и тот же его фрагмент. Вспомним хотя бы известную народную сказку «У попа была собака»:

У попа была собака, он её любил,
Она съела кусок мяса, он её убил,
В землю закопал,
Надпись написал:
У попа была собака, он её любил,
Она съела кусок мяса, он её убил,
В землю закопал,
Надпись написал...

По аналогии с данным текстом, нарцисс рассматривает собственные переживания через призму самого себя, повторяет их бесчисленное количество раз, меняя при этом лишь форму либо последовательность изложения. При этом он ищет некую символическую точку опоры, чтобы подняться над самим собой, но ищет её не во внешнем пространстве, а в самом себе, пытаясь по примеру барона Мюнхгаузена, вытащить себя из самого себя за волосы.

Повторение схожих мотивов, чувств и переживаний, их докучность и самоподобие являются одними из главных особенностей «нарциссического дискурса». И если в других эмоциональных языках наблюдается развитие дискурса за счет включения в него актуальных отношений и переносных реакций, то в силу замкнутости и герметичности нарциссического языка в нем звучат одни и те же смыслы, не получающие развития. Нарцисс пытается объяснить одни свои переживания посредством других и остается при этом закрытым в отношении к внешнему миру, к значимым Другим, а также к терапевту.

Мне надолго запомнился случай психотерапевтической работы с одним из ярких представителей нарциссического дискурса — молодым человеком по имени Александр. Наше взаимодействие началось с двух попыток тотального контроля меня и осваивания, даже бесцеремонного присвоения моего пространства, с последующим обесцениванием, низведением меня до разряда малозначимых фигур, не несущих опасности и легкозаменяемых на другие объекты. В первую встречу Александр начал с того, что от него уехал его терапевт:

— Это был действительно хороший терапевт, но он меня бросил. Я прочитал у Ялома, что терапевт не имеет права уезжать, не предупредив клиента об этом за несколько месяцев. А мой психолог просто развернулся и уехал. Он грубо нарушил кодекс психотерапевта. Вы можете мне пообещать, что не уедете? Я хочу знать обо всех ваших отъездах как минимум за две недели, чтобы внутренне подготовиться. Вы сможете выполнить эту небольшую, но важную для меня просьбу? Я хочу, чтобы Вы пообещали мне это.

Просьба-условие Александра вызвала во мне сопротивление начавшемуся контролю, но не успел я ответить, как был обескуражен новым комментарием:

— Я смотрю у Вас кружка с чаем на столе? Я бы предпочел, чтобы вы не пили чай во время работы со мной. Все-таки, я оплачиваю вам это время и хотел бы, чтобы вы уделяли мне внимание всецело. Я могу на это рассчитывать? Если для этого необходимо поднять оплату, то вы можете об этом сказать. Мне кажется, психотерапевт во время своей работы не должен быть занят ничем другим, кроме как своим клиентом. Хотя, возможно, я ошибаюсь. Имейте в виду, что мне будет неприятно, если вы будете есть и пить во время сеанса, а может, даже общаться в интернете.

Он немного помолчал, а затем произнес:

— Я смотрю на Вашу кружку и представляю, как мочусь в нее. При чем я не подхожу ближе, а делаю свое дело прямо отсюда. Мне кажется, брызгами я заливаю ваш костюм, моча попадает вам на левую руку. Фу, противно. Уберите кружку, она вызывает во мне ненужные ассоциации. Вы ведь работаете со свободными ассоциациями? Или собираетесь навязывать мне свои? Я слышал, у психолога в кабинете не должно быть никаких ярких многосмысловых предметов, которые бы отвлекали клиента от его проблем.

За этим вступлением последовало много однотипных сеансов, лейтмотивом которых стало обсуждение моего гонорара, который «мал по сравнению с гонорарами известных столичных терапевтов».

— Разве хороший терапевт может брать такую маленькую сумму? Я бы предпочел платить больше, но работать с тем человеком, кото-

рый сможет гарантировать мне стопроцентный результат. Я ведь хожу к Вам не для того, чтобы пообщаться с вами, а для того, чтобы вылечиться. Вы подскажете мне хорошего терапевта, который гарантированно сможет помочь мне? Может это и бестактно, но я не могу заботиться о Вас в этом вопросе. Мне нужна помощь профессионала. А то, что Вы берете так мало, свидетельствует о том, что Вы не уверены в своем мастерстве. А мне нужен настоящий мастер, способный и сильный. Как я сам. Тот, кто знает, чего хочет и не стесняется брать за это достойные деньги.

На протяжении многих встреч наши отношения с Александром не развивались, перенос не формировался, дискурс его был одним и тем же, а обсуждаемые проблемы хоть и менялись как декорации, но их значение было в том, чтобы скрыть главное — реальные чувства клиента: его недовольство собой, внутреннюю пустоту и переживание тревоги в связи с «чувством тотального одиночества». Признание этих чувств в своей душевной организации является одной из главных жизненных задач лиц с нарциссическим типом эмоционального дискурса. Работа с защитными механизмами всемогущего контроля и тотальным интроективным поглощением мира вокруг себя должны стать основной стратегией психотерапевта.

Представленные в статье четыре типа эмоциональных дискурсов отражают часть реальности психотерапии, которая имеет отношение к атмосфере сеанса, то есть, тому полю отношений, которое создается участниками в процессе работы. Напомню, что мной были выделены и описаны следующие разновидности «эмоциональных языков»: а) язык любви, принятия и внутренней счастливости; б) язык апатии, страдания, горя, «депрессии» и пассивного противостояния, а также его подтип — язык слияния, слипания, со-зависимости; в) язык агрессии, активного противостояния, ненависти, гнева, конфликта, разрушения и боли; г) герметичный докучный язык нарциссического подобия и рекурсии.

Относительно четырех типов дискурсов можно сделать несколько выводов.

Во-первых, люди, разговаривающие на разных «эмоциональных языках», плохо понимают (а иногда и совсем не понимают) друг друга. У таких людей наблюдается не просто разная эмоциональная наполненность речи, но они пребывают в различных относительно друг друга эмоциональных состояниях. В конечном итоге, каждый участников стремится развернуть в пространстве сеанса атмосферу своего психического мира, который обладает соответствующим его состоянию эмоциональным окрасом. Более того, существует некоторая паттерна-

лизация этого окраса, когда человек склонен к типичной для него направленности в сторону одного из перечисленных эмоциональных полюсов.

Во-вторых, прототипом того или иного эмоционального дискурса, его праформой и, одновременно, наполнением выступают стереотипные, свойственные носителю данного языка, отношения, которые были у него в раннем детстве. Среди таких отношений могут быть запечатлённые взаимоотношения родителей между собой, их отношения к самому ребенку, либо повторяющиеся сценарные контакты между отдельными ключевыми представителями семейной системы. Другими словами, «эмоциональные языки» формируются в семейной атмосфере и в дальнейшем транслируют бессознательный фон внутренних самоотношений человека — конкретного носителя того или иного эмоционального дискурса.

В-третьих, разные люди выступают носителями различных «эмоциональных языков». При этом одни носители слабо понимают других, принадлежащих к иному эмоциональному дискурсу. Чужеродные эмоциональные слова не наполнены эмоциями, «не чувствуются», не находят эмоционального отклика и внутренне пусты.

Отсюда сам собой напрашивается четвертый вывод о том, что с конкретным человеком необходимо говорить, используя его эмоциональный дискурс и... необходимо изучать незнакомые «эмоциональные языки». Именно это умение, на мой взгляд, является одной из ключевых составляющих эмоциональной компетентности личности психотерапевта.

ЛИТЕРАТУРА

- Балинт М.* Базисный дефект: терапевтические аспекты регрессии / М.: Когито-Центр, 2002. 256 с.
- Бондаренко А.Ф.* Психологическая помощь: теория и практика / К.: Укртехпрес, 1997. 216 с.
- Калина Н.Ф.* Лингвистическая психотерапия / К.: Ваклер, 1999. 282 с.
- Квадратура смысла: французская школа анализа дискурса / Общ. ред. и вступ. ст. П. Серио, предисл. Ю. С. Степанова. М.: ОАО ИГ «Прогресс», 1999. 416 с.
- Лакан Ж.* Инстанция буквы в бессознательном или судьба разума после Фрейда / М.: «Логос», 1997. 184 с.
- Перлз Ф.* Гештальт-подход и Свидетель терапии / М.: «Либрис», 1996. 240 с.
- Роджерс К.* Эмпатия // Психология эмоций. Тексты / Под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. М.: Изд-во МГУ, 1984. С. 235—237.
- Томэ Х., Кэхеле Х.* Современный психоанализ. Т. 1 / М.: «Прогресс» — «Литера», 1996. 576 с.

EMOTIONAL DISCOURSE IN PSYCHOTHERAPY

V.R. DOROZHKIN

The article explores the different types of discourse from the perspective of the emotional atmosphere's substrate on the therapeutic session. The author selects some of the emotional discourses and describes their connection with the experience of early childhood relationships with significant adults. This concept of the emotional discourse allows not to determine the type of the client personality, but to deal with the relations the client establishes. So the therapist focuses on the process of therapeutic communication and, moreover, in the "language's" characteristics of the contact between the participants.

Keywords: discourse, the emotional language speaker, emotional discourses in psychotherapy, types of emotional discourses.

Balint M. Bazisnyi defekt: terapevticheskie aspekty regressii / M.: Kogito-Tsentr, 2002. 256 p.

Bondarenko A.F. Psikhologicheskaiia pomoshch': teoriia i praktika / K.: Ukrtekhpres, 1997. 216 p.

Kalina N.F. Lingvisticheskaiia psikhoterapiia / K.: Vakler, 1999. 282 p.

Kvadratura smysla: frantsuzskaia shkola analiza diskursa / Obshch. red. i vstup. st. P. Serio, predisl. Iu. S. Stepanova. M.: OAO IG "Progress", 1999. 416 p.

Lakan Zh. Instantsiia bukvy v bessoznatel'nom ili sud'ba razuma posle Freida / M.: "Logos", 1997. 184 p.

Perlz F. Geshtal't-podkhod i Svidetel' terapii / M.: "Libris", 1996. 240 p.

Rodzhers K. Empatiia. Psikhologiia emotsii. Teksty / Pod red. V.K. Viliunasa, Iu.B. Gippenreiter. M.: Izd-vo MGU, 1984. Pp. 235—237.

Tome Kh., Kekhele Kh. Sovremennyi psikhoanaliz. T. 1 / M.: "Progress" — "Litera", 1996. 576 p.

ПРЕДИСЛОВИЕ К ПУБЛИКАЦИИ ЛЕКЦИИ И.Б. ГРИНШПУНА «ВВЕДЕНИЕ В ИСТОРИЮ ПСИХОТЕРАПИИ»

Гриншпун Игорь Борисович (1953—2013), профессор МПСУ и МГППУ, автор курсов по истории психологии и психотерапии. Был профессором кафедры индивидуальной и групповой психотерапии факультета консультативной и клинической психологии Московского городского психолого-педагогического университета, преподавал в Московском психолого-социальном университете, в том числе в его филиале в г. Муром, в Институте Христианской психологии. Игорь Борисович читал курсы «История психологии», «Базовые теории и методы психотерапии», «История психотерапии», занимался психодраматической терапией и сказкотерапией, был членом редакционного совета журнала «Консультативная психология и психотерапия». Автор более 50 научных и методических работ, среди них «Введение в психологию» (4 издания с 1993), «Введение в профессию Психология» (в соавторстве с И. В. Вачковым, Н. С. Пряжниковым, 5 изданий с 2002), «Психодрама» (в соавторстве с Е. А. Морозовой) в книге «Основные направления современной психотерапии». Кандидат психологических наук. Диссертация на тему «Идеи Джекоба Леви Морено в контексте развития западноевропейской и североамериканской психологии XX столетия» (2002).

О таком человеке, как Игорь Гриншпун, трудно писать в прошедшем времени. Его внезапный уход из жизни в июне 2013 г. был шоком для родных и близких, для его друзей и коллег (к ним мы относим себя), для студентов, которые были в восторге от его лекций. Это был незаурядный человек во многих отношениях. Тонкий психолог, широко образованный, интеллигент, эрудит, обладающий блестящей памятью (студенты удивлялись тому, что он приходил на лекции, держа в одной руке палку, в другой бутылку с водой, без сумки, без конспектов, без флэшки с презентацией, но при этом точно указывал даты, факты, места событий, о которых упоминал). Прирожденный психотерапевт, человек с удивительным чувством юмора, наделенный поэтическим даром — он и сам писал стихи, и занимался переводами (многие знали его как блестящего переводчика стихов в произведениях Толкиена). И. Гриншпун ма-

ло писал, был очень требователен к себе и своим текстам, поздно защитил диссертацию. Ее текст безусловно достоин публикации в виде книги, надеемся, что эта книга о вкладе Я.Л. Морено в мировую психотерапию обязательно увидит свет. В прошлом году в «Журнале практического психолога» были опубликованы первые главы из диссертации И.Б. Гриншпуна.

Но в перечисленном ряду достоинств его искусство лектора стоит особо. Он был не просто прирожденным лектором. Он признавал только очное общение. Очень неохотно пользовался телефоном. Электронную почту и общение в социальных сетях отвергал в принципе. Он умел общаться и ценил личное общение. Его лекции были не только уроками психологии, но и уроками искусства общения. Он завораживал аудиторию, заражал ее своей увлеченностью, превращал материал истории в «живое» общение с ее персонажами.

Игорь Борисович не успел подготовить к публикации ни монографию, ни учебник по материалам своего курса, однако сохранились аудио- и видеозаписи его лекций, что дает возможность познакомиться с их содержанием более широкой аудитории читателей, интересующихся психологическим консультированием и психотерапией.

Открытие в журнале новой рубрики «Лекторий» делает возможным знакомство с наиболее интересными текстами устных выступлений известных психологов, которые не были превращены в печатные тексты. Публикация лекций И.Б. Гриншпуна по истории психотерапии даст возможность тем, кто их слушал, восстановить в памяти эти события, а тем, кто не слушал и уже не имеет такой возможности — составить представление о том, как это было.

В своих лекциях И.Б. Гриншпун не просто рассказывал о том, как развивалась психотерапия, но держал в фокусе внимания ее актуальные проблемы, дискуссионные вопросы, современные взгляды, вступающие в противоречие друг с другом. Поэтому материал его лекций представляет собой не только культурную и историческую ценность, но и научную, побуждая размышлять над различными принципиальными вопросами, думать о своей позиции, инициируя важный процесс культурного самоопределения тех, кто слышит эти лекции или знакомится с их текстом.

Идея опубликовать лекции И.Б. Гриншпуна быстро нашла отклик у разных людей, так что вокруг проекта спонтанно образовалась целая команда. Помимо нас, как инициаторов процесса, в нее вошли: редколлегия журнала, предложившая опубликовать их в журнале, членом редакционного совета которого был Игорь Борисович; члены его семьи, давшие согласие на публикацию его авторских материалов; бывшие

студенты, сохранившие записи его лекций. С инициативой подготовить текст первой лекции к публикации выступили его ученики и коллеги — Яна Бовбас, Екатерина Мазаева и Мария Марченкова, которые и выполнили всю работу с аудиозаписями. Надеемся, что эта работа будет продолжена, и тексты следующих лекций также появятся на страницах журнала.

*В.К. Зарецкий
В.В. Семенов*

**FOREWORD TO THE PUBLICATION OF THE LECTURE
I.B. GRINSHPUN "INTRODUCTION TO THE HISTORY
OF PSYCHOTHERAPY"**

V.K. ZARETSKIJ, V.V. SEMENOV

ИСТОРИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

ЛЕКЦИЯ 1. ВВЕДЕНИЕ В ИСТОРИЮ ПСИХОТЕРАПИИ

И.Б. ГРИНШПУН

Психотерапия, психологическое консультирование, психокоррекция

Мы с вами начинаем новый курс под названием «История психотерапии».

Первый вопрос, на который нам нужно ответить, для того чтобы знать, об истории чего мы будем говорить, — что такое психотерапия? Но оказывается, вопрос этот очень сложный, потому что дать определение психотерапии невозможно — это постоянно расширяющаяся область, живой процесс.

Мы можем предварительно договориться, что психотерапия, в широком смысле, — это вид психологической помощи человеку в разрешении внутренних или межличностных проблем. И пока я на этом поставлю точку, потому что дальше мы посмотрим, какими путями это реализовывалось, во что все это выливалось. Повторюсь, это очень грубое определение, и дальше, по мере прохождения исторического пути, мы будем, вероятно, давать более тонкие, более дифференцированные определения.

Я предложу вам некое историческое вхождение в проблему различения психотерапии, консультирования и психокоррекции.

Кстати, почему так исторически получилось, что эти три пересекающиеся области сосуществуют? Они произошли из разных источников. Психотерапия, как и сам этот термин, возникла из медицины, хотя потом вышла за ее пределы. Консультирование выросло из различных социальных практик: это и юридическое консультирование, и медицинское и т.д. Но чаще всего говорят о том, что то, что мы называем консультированием по личным проблемам, и то, что по-английски называется «counseling»¹, произошло из движения протестантских священников в США накануне Второй Мировой войны, когда они стали выхо-

¹ В английском языке есть несколько слов, обозначающих консультирование, у нас это все в одном.

дить к людям с предложением помощи, совета, поддержки. Это и было названо *counseling*. И хотя потом консультирование перешло в светское пространство, во многом начиналось оно так.

Почему именно протестантские священники? В протестантизме священник никогда не выступает от имени Бога. Он всегда выступает как человек, потому что в протестантизме связи человека и Бога более интимны. Например, там священник (которого чаще называют «проповедник») не принимает исповеди, не отпускает грехов. Не случайно среди психотерапевтов, особенно экзистенциального плана, достаточно много людей с религиозным образованием или практикующих священников. Например, Ролло Мэй, Карл Роджерс. Хотя, конечно, протестантизм не единственный источник консультирования, и мы можем находить его предпосылки гораздо раньше, с конца XIX — начала XX века, в том числе и в России.

Что касается психокоррекции, то это педагогические, дефектологические или медицинские модели, в которых ясно (или, по крайней мере, утверждается, что ясно), что такое норма и отклонения, и соответственно выправляется то, что определено как отклонение.

Границы между психотерапией, особенно немедицинской моделью психотерапии, и консультированием по личным проблемам достаточно условны. Как возможное различие я вам предлагаю такую идею. Если у клиента, будем называть его так, есть внутренние ресурсы для решения проблемы, и психологическая помощь заключается в его поддержке и в помощи по раскрытию этих ресурсов, тогда это скорее консультирование. Если ресурс недостаточен, его надо создавать, и нужен длительный углубленный диалог и сопутствование человеку, взаимное движение в этом диалоге — тогда это скорее психотерапия. Хотя в реальном процессе их различить очень трудно.

Теперь о том, что касается психотерапии и психокоррекции. Действительно, когда мы понимаем, что такое норма, мы беремся выправлять. Чем занимается корректор в издательстве? — исправляет ошибки текста. Если болезнь — это ошибка организма, то мы это и исправляем. Когда мы говорим о телесном существовании человека, здесь все более или менее понятно. Но становится крайне мало понятно, когда мы говорим о его душевном или духовном существовании. Ведь, скажем, страдание может быть целительным. В этом плане возникают сложности, и появляется по сути два типа психотерапии. Одна терапия, которая все-таки несет в себе коррекционную модель. Это поведенческая психотерапия или та терапия, которая берется за задачу, сформулированную как перевоспитание или довоспитание человека. (Это касается, например, А. Адлера или В.Н. Мясищева, которые прямо говорили: «За-

дача психотерапии — перевоспитание, переделка личности»). И вторая терапия, которая от этого отказывается. В.Н. Цапкин в своей статье, посвященной психотерапевтическому полю², говорит, что есть психокоррекционная терапия и есть собственно психотерапия (он называет ее психотерапевтическая терапия), которая не берется определять норму и где возникает совершенно другая модель работы — совместное движение в направлении неопределенности. Ведь действительно трудно определить, что такое психотерапевтическое благо. Ну и особое пространство в психотерапевтическом поле занимает психоанализ, потому что в общем-то почти вся история современной психотерапии — это диалоги с Фрейдом.

Основные периоды в истории психотерапии

Для того чтобы продвигаться и как-то оценивать то, что происходило в психотерапии, нам придется сначала выяснить, а когда же, собственно, она возникла, может быть, еще без такого названия. Есть основания полагать, что психотерапия возникла не раньше XVIII столетия. И это было связано, естественно, с общей исторической культурной ситуацией, потому что запрос на помощь в личностной, индивидуальной проблеме — это то, что не всегда сопутствовало человечеству. Например, страх, наверное, существовал всегда. Вероятно, начиная с первобытных времен, это неотъемлемая, вполне естественная часть жизни. Но всегда ли он был проблемой? В этом плане, тот культурный фон, на котором возникла психотерапия, прежде всего, характеризовался обращенностью человека к самому себе, особого типа обращенностью, которая выходила, возможно (я очень аккуратно это говорю), за пределы религиозного сознания. Я, кстати, хочу обозначить здесь свою позицию: с моей точки зрения, подлинно религиозному человеку никакая психотерапия не нужна. К.Г. Юнг тоже об этом писал: терапевтические функции испокон веков выполняла религия и проблема возникает, вероятно, как раз тогда, когда она в силу разных причин не могла быть полноценной опорой для человека. В этом смысле скепсис в отношении религии, который наблюдался с конца или даже с середины XVII столетия, мог породить те проблемы, за решением которых стали идти уже не к священнику, а к каким-то иного типа людям.

Мы будем говорить о нескольких периодах истории психотерапии. Сначала — о периоде ее прототипов. В том смысле, что тогда вроде бы совершались некие действия, очень похожие на современную терапию, но это была еще не терапия, так как не было соответствующей позиции

² *Цапкин В.Н.* К новой картографии психотерапевтического поля // Консультативная психология и психотерапия, 2008, № 1.

терапевта и соответствующих отрефлексированных способов работы.

Затем наступает период, который я обозначил бы как предысторию психотерапии. Когда уже возникло что-то, очень похожее на психотерапевтическую деятельность, но еще не выделилось в самостоятельную сферу и не оказалось снабженным своими теориями. Этот период длится с XVIII по конец XIX столетия. И, наконец, собственно история психотерапии. Некоторые авторы полагают, что начинать нужно с З. Фрейда, потому что там возникла полноценная психотерапевтическая теория. С моей точки зрения, этот период можно начинать с Пьера Жане, его фигура представляется мне не менее значимой. В общем-то, он опередил З. Фрейда по времени создания своей психодинамической концепции, но, к большому сожалению, в силу ряда причин, он менее популярен, чем З. Фрейд. Другие связывают начало психотерапии с появлением гипнотических техник.

Факторы развития психотерапии

Теперь давайте в общих чертах посмотрим на то, какие факторы определяют развитие психотерапии. Ведь на данный момент существует огромное количество направлений психотерапии, которые обозначают себя как отдельные. Совсем недавно говорили, что их более пятисот. А.И. Сосланд говорит, что по некоторым данным, их порядка пяти тысяч. То есть происходит постоянное расширение, и непонятно, к чему это все приведет. Но, так или иначе, почему так много психотерапий в нашей культуре?

Есть факторы, будем условно говорить, объективные. Это культурно-историческая ситуация, которая бросает вызовы времени, и на эти вызовы приходится отвечать. Это я имел в виду, когда сказал, что психотерапия могла возникнуть не раньше, чем в Новое время, потому что в Средние века индивидуальность ценностью вообще не была. Как раз культура Нового времени обратила внимание человека к себе, к своим личным проблемам. Также вы, возможно, помните, что во времена З. Фрейда проблема смысла в жизни как терапевтическая проблема не стояла. То есть, она возникала, но обращения по этому поводу были очень редки. И Фрейд говорил, что нормальный человек не должен думать о смысле жизни, он должен жить. Но В. Франкл показал, что это ведущая проблема, по крайней мере, середины XX века и далее, что это совершенно нормальный вопрос, который ставило само время. Для каждого направления мы будем обращать внимание на то, что же его вызвало.

Второй фактор — это амбиции самих терапевтов: надоедает быть вторым и хочется быть первым. Например, А. Адлер до 1908 года в общем повторял З. Фрейда и был апологетом психоанализа, потом он стал

делать что-то иное. Возможно, здесь помимо новых проблем и научных открытий были и эти амбициозные мотивы. Но учитывая влияние амбиций, у нас могут возникать некоторые опасения, что новые направления психотерапии являются фикцией, надувательством. Такие примеры есть, и они зафиксированы в истории³.

Мы также не можем быть уверены, что случаи, которые описывают психотерапевты, достоверны. Это касается и случая Анны О., и случаев пациентов Фрейда, которого действительно впоследствии, посмертно, ловили на некоторых неточностях. Когда историки находили этих пациентов и беседовали с ними, те почему-то предлагали какой-то другой вариант изложения событий. Например, фрейдовский пациент *Wolfstapp* (у нас переводят как «Человек-волк»), Панкеев, совершенно иначе вспоминал беседы с Фрейдом и то, что происходило в былые времена. Но здесь возникает вопрос. Фрейд же ничего не записывал во время работы, он потом вспоминал. И тут могут работать, конечно, и проекции, и просто бессознательное желание, чтобы все было красиво, стройно и понятно, а возможно, это была намеренная фальсификация, мы не знаем⁴.

Еще один фактор — это личность терапевтов и их судьбы. И это очень серьезная вещь, о которой писали, например, М.Е. Бурно и А.И. Сосланд. Психотерапевты — это люди, в большинстве своем рефлексивные, это люди, страдавшие в своей жизни и понимавшие

³ Это происходит не только в отношении психотерапии. Вы помните, что такое биогенетический закон? Онтогенез есть краткое и быстрое повторение филогенеза. Э.Г. Геккель, который его сформулировал на основе изучения эмбриона, показал, что человеческий эмбрион как бы повторяет этапы эволюции. Но раз повторяются все этапы эволюции, значит, вероятно, есть момент, когда эмбрион должен быть похож на рыбу и иметь жабры. На самом деле, это не так. Но Геккель взял и подрисовал эмбриону жабры, чтобы рисунок соответствовал идее. Грегор Мендель, создатель генетики, прекрасно знал, что соотношение 1 к 3 тоже далеко не всегда удается. Но он просто не описывал те случаи, когда это не соблюдалось. Это не говоря про более сложные варианты.

⁴ По этому поводу, я хочу вас отослать к одной книге, которую любителям психоанализа вообще-то читать не стоит. Это книга итальянского автора Лучано Мекаччи, которая называется «Случай Мэрилин М. и другие провалы психоанализа». В ней вы встретитесь с личностями психоаналитиков, со сложностями отношений психоаналитиков между собой и с пациентами и страшными судьбами многих из них. Это позволит вам войти в личностный контекст. И, возможно, немного испугает, потому что по этой книге получается, что психоаналитики, многие из которых вышли из пациентов — довольно типичный путь, — это некая странная группа людей с очень серьезными психологическими особенностями, и то, что они производят в качестве теории психотерапии, вызывает некоторые сомнения.

жизнь через свои страдания. И во многом то, что предлагают терапевты, это, прежде всего, терапия самих себя, адресованная себе. Фрейдовский психоанализ собственно и основан был на самоанализе, из которого потом была создана психотерапевтическая система. Судьбы людей оказываются в истории одним из решающих факторов. Там, где это будет важно, я буду об этом говорить. Там, где это менее важно, я опущу.

Кроме того, есть еще одна вещь — это политическая история. Особенно это имеет значение для нашей страны, для тоталитарных режимов и сильных политических систем, потому что психотерапия вырастает в конкретной ситуации. Судьба психоанализа в нашей стране была во многом определена политической ситуацией, где в 30-ые годы XX века по сути исчез нормальный психотерапевтический подход и на долгое время остались только гипноз и рациональная терапия.

Виды психотерапии

Следующий вопрос, который нам необходимо обсудить, — какие виды психотерапии можно выделить, чтобы оценивать появившиеся направления, определить параметры, по которым их можно оценивать.

Во-первых, мы будем различать медицинскую и немедицинскую психотерапию. Как я уже упоминал, психотерапия и сам термин родились в русле медицины. Но в истории можно отследить, как психотерапия постепенно выходит за пределы медицины — не убегает из нее, а охватывает все более широкие пространства. Например, З. Фрейд в 20-е годы говорил о том, что психоанализ — это часть психологии, а не медицины. Он стал позволять входить в психоанализ людям, не имеющим медицинского образования⁵. Еще позже мы увидим, как в гуманистической психологии сформулируют понятие метапатологии, которая не является патологией с точки зрения медицины. И психотерапия обратится к помощи в личностном росте, в поддержке на пути самоосуществления или самоактуализации. Сейчас медики достаточно жестко говорят, что психотерапия — часть медицины. Например, Б.Д. Карвасарский настаивает на этом. И в системе Минздравсоцразвития вы не будете иметь права называться психотерапевтами, будь вы хоть докторами наук по клинической психологии. Другое дело, назовите это «консультированием» и занимайтесь тем же самым. Но психотерапия — это то, что медики пытаются оставить у себя. В Советском Союзе в период перестройки даже предлагали, оставить психотерапию в ведении медиков, а психоанализ отдать психологам или назвать то, чем занимается психолог, коррекцией. Другая по-

⁵ Правда, потом, когда они иммигрировали в Соединенные Штаты, то имели большие неприятности, так как медицинское образование там было признаком обязательным, и они считались дилетантами.

зияция заключается в том, что психотерапия — это часть не медицины, а гуманитарного знания и гуманитарной практики. В частности, такая позиция была представлена в 1990-м году на конференции европейских психотерапевтов. Мы будем просто иметь в виду, что есть психотерапевты, которые работают с заболеваниями в соответствии с их классификацией в психиатрии, а есть психологи-психотерапевты, которые работают с чем-то другим: либо с заболеваниями из малой психиатрии (неврозами, пограничными состояниями), либо с тем, что вообще не имеет медицинского диагноза. Этот диалог продолжается⁶.

Второе возможное основание классификации психотерапии — это различие терапии, ориентированной на симптом, и терапии, ориентированной на проблему. Есть ряд направлений терапии, которые своей задачей ставят исчезновение симптоматики и дальше не идут. Это во многом касается поведенческой терапии. Но есть подходы, которые этим не удовлетворяются, полагая, что за симптомом стоят какие-то проблемы, которые не решаются его устранением. Кстати, Фрейд когда-то неслучайно отказался от гипноза как такового. Одно из объяснений: да, при помощи гипноза можно убрать симптом, но проблема найдет себе другое «жилище» в нашем теле, поэтому нужно работать с проблематикой.

Еще один вариант классификации — это директивная и недирективная терапия. Это различие началось с Карла Роджерса, который назвал свою психотерапию «недирективная», то есть не направляющая. Здесь речь идет о том, насколько терапевт имеет право давать советы, делать жесткие интерпретации. С точки зрения Роджерса, терапевт не имеет права каким-то образом направлять жизнь пациента. Во многом, он утверждает это из-за своей феноменологической позиции — стоя на ней, мы понимаем, что каждый, и терапевт, и клиент, видит мир по-своему, и никакие советы просто не возможны. У Роджерса есть понятие интерпретации, но речь идет скорее о выражении своего чувства, а не преподнесении клиенту некой истины. Правда, Роджерс потом отказался от понятия «недирективная терапия», потому что быть совсем недирективным нельзя. Понятно, что я строю диалог, организую ситуацию безопасности, но это же я организую. Поэтому дальше его терапия будет называться «терапия, центрированная на клиенте», «терапия, центрированная на человеке». Но в целом этот принцип все равно ис-

⁶ Могу вам честно сказать, у меня нет клинического опыта, я не медик, а психолог по образованию, поэтому я буду говорить как бы в целом, но для себя имейте в виду, что эти расхождения есть. Надо заметить, что, скажем, Роджерс так же не имел медицинского образования, так что в этом плане у меня есть хорошие напарники.

пользуется для оценки разных видов терапии. Роджерс обозначил принципиальную недирективность и отстаивал ее, но эта позиция также характерна для других авторов. Поэтому все направления можно расположить на линии от большей директивности к меньшей. Очевидно, директивен классический гипноз, директивна поведенческая терапия, транзактный анализ Эрика Берна, потому что он учит, что нужно всегда быть взрослым. В гораздо меньшей степени директивен психоанализ, потому что там интерпретируют, а не учат. Ну, и Роджерс на другом полюсе этой линии.

Еще одно возможное основание, введенное В.Н. Цапкиным⁷, — представление о том, что есть аллопатическая и гомеопатическая терапия. Напомню, что это термины медицинские и с давних времен медицина предлагала либо лечить подобным, либо лечить противоположным. Аллопатия — это лечение противоположным, и тогда перед терапевтом стоит задача, скажем, «изгнания» невроза, как когда-то изгоняли бесов. И тут возникает метафора войны⁸: терапевт «воюет» с какими-то неполадками внутри человека, «воюет» с симптомом, заставляет его замолчать. А гомеопатия — лечение подобным. И мы можем видеть такую терапию. Например, приходит к Фрейдю страдающий человек, и парадоксальным образом в процессе психоанализа направленно формируется новый невроз — невроз переноса. Или техника парадоксальной интенции Виктора Франкла: к нему приходят люди, говорящие «я не хочу об этом помнить», «я не хочу об этом думать», а он отвечает им: «Наоборот, думай-те!», «Вам страшно — так испытайте еще более сильный страх!».

Предложу вам еще два варианта классификации.

Один из них — достаточно условный. Я бы предложил рассматривать психотерапии разного вида в зависимости от того, на какую сферу бытия они в большей степени обращены, используя традиционно христианскую триаду «тело-душа-дух».

Есть телесно-ориентированная терапия, которая, конечно, с душой тоже имеет дело, но в основном работает с телом (то, что началось с Вильгельма Райха или с некоторых попыток введения самовнушения у Э. Джекобсона).

Есть собственно психотерапия, которая имеет дело с тем, что мы, очень условно ставя границы, называем «душа». Это терапия при помощи привычных нам психологических средств — воображение, речь. Это

⁷ Цапкин В.Н. Единство и многообразие психотерапевтического опыта // Московский психотерапевтический журнал, 1992, № 2.

⁸ Цапкин в этом ссылается на Д. Лакоффа и М. Джонсона, авторов замечательной книги «Метафоры, которыми мы живем», не адресованной непосредственно психотерапии.

значительная часть подходов, которые не претендуют на то, чтобы выходить в духовную сферу, и даже искусственно себя в этом ограничивают. Скажем, А. Адлер в свое время изгнал из своей группы Виктора Франкла за то, что тот предлагал депсихологизировать психотерапию, то есть выйти в духовную проблематику.

И есть духовная психотерапия. Это весьма примечательная вещь для нашего времени, многие отмечают возрастание такого типа терапий, которые ориентированы на дух. Хотя это началось не сейчас — мы можем это найти и у К.Г. Юнга, и у Дж. Морено, и у Р. Ассаджиоли. И здесь есть терапия, ориентированная религиозно и даже конфессионально. Долгое время церковь, если и использовала понятие психотерапии, то вкладывала в него свое значение (например, святоотеческая терапия В.К. Невяровича — там совершенно другие способы работы). Теперь контакты между церковью и психотерапией налаживаются, возникают все более продуктивные диалоги. Сейчас весьма активна практика духовно-религиозной терапии. Например, в Москве есть Общество Иоанна Кронштадского, находящееся на Крутицком подворье, где весьма эффективно работают с зависимостями. Но духовная терапия не обязательно религиозна. Есть некая внерелигиозная духовность. Скажем, трансперсональная терапия духовна. В. Франкл, который сам был религиозен, никогда ни на какой конфессии не настаивал, но тем не менее работал с проблемой смысла жизни, а это проблема духовная. Экзистенциальная терапия тоже духовна, хотя есть атеистический экзистенциализм и религиозно-ориентированный экзистенциализм.

Понятно, что в чистом виде узконаправленных подходов нет.

И наконец, я предлагаю различать психотерапию по тому антропологическому основанию, на котором то или иное направление стоит.

Здесь мы будем говорить о психодинамической традиции. То есть о той терапии, которая рассматривает человека как внутренне конфликтное существо. Это не только психоанализ и его дериваты, это и, например, реконструктивная терапия В.Н. Мясищева.

Вторая ветвь — это экзистенциально-гуманистическая терапия. Хотя впоследствии мы разделим ее на американскую гуманистическую и остальные подходы. Там близкие основания: человек как существо движущееся, стремящееся, растущее, меняющееся, ответственное. Однако сразу сделаю замечание: Ирвин Ялом считает, что экзистенциальная терапия — тоже вариант динамической, только там конфликты и проблемы другие — связанные с предельными данностями бытия⁹.

⁹ Позднее И.Б. Гриншпун относил экзистенциальную терапию в широком смысле к психодинамической ветви, ссылаясь на выше приведенную точку зрения И. Ялома. — *Прим. ред.*

Кроме того, мы будем говорить о поведенческой терапии, где в основе лежит бихевиоральная схема. Это редкий случай, когда психотерапия основана на психологической теории. В этой антропологической ветви человек предстает в схеме «действующего организма», реагирующего или прогнозирующего, но «организма» прежде всего. А также упомянем здесь о когнитивной терапии, где человек рассматривается как система переработки информации, система познания. Сюда же мы отнесем когнитивно-бихевиоральную терапию, потому что, в общем, она выводится из представления о промежуточной переменной.

И наконец, мы поговорим об эклектической терапии как особом виде терапии, которая соединяет в себе много того, что вроде бы соединяться не должно было. Типичная эклектическая технология — это НЛП. Эклектику можно увидеть и в психодраме Дж. Морено, и в гештальт-терапии Ф. Перлза, и у многих терапевтов, которые так создавали свои концепции. Я не вкладываю в понятие «эклектика» негативных значений. В советской науке считалось, что эклектика — это плохо, нужно создавать новую единую систему, в рамках которой можно будет что-то делать. А если обратиться к американцам со словами «Но это же эклектика!», они вам с радостью ответят: «Да, это эклектика». Вероятно, движение в направлении все большей эклектики и технологизации — это общий вектор развития современной психотерапии. Происходит постепенный отказ от «школьной» терапии.

Прототипы психотерапии

Если говорить, откуда пришла психотерапия, то здесь нам придется по мере возможности обратиться к очень древним практикам, в которых были слиты и медицина, и терапия, и много чего еще, к тем практикам, которые реализовывали колдуны, шаманы и пр. Я буду ссылаться на книгу швейцарского философа и психолога Генри Эллиенбергера «Открытие бессознательного». Это книга об истории динамической психотерапии. Эллиенбергер убежден в том, что психоанализ исторически вырос из тех самых древних практик¹⁰.

Древние практики

Прототипы психотерапии мы можем обнаружить в очень ранних практиках — шаманических, колдовских. В качестве примера я вам перескажу некий случай, который был записан двумя немецкими этнографами на рубеже XIX—XX веков, а потом обсуждался Клодом Леви-

¹⁰ Помимо Г. Эллиенбергера, я рекомендую на эту тему посмотреть книгу Ю. Каннабиха «История психиатрии». А также книгу Ф. Александра и Ш. Селесника «Человек и его душа».

Строссом в книге «Структурная антропология», в главе под названием «Эффективность символа».

Пару слов о подходе К. Леви-Стросса, исторически тоже очень любопытном. Леви-Стросс родился в Бельгии, но он французский то ли философ, то ли этнограф — этнографы считают, что философ, философы считают, что этнограф, его работы публикуются в книгах «Классики психологии». Леви-Стросс был совершенно особым человеком, который хорошо знал психоанализ, хорошо знал философию, любил геологию¹¹, французскую социологическую школу, музыку. Как любого философа, его интересовала сущность мира. Но он полагал, что в эту сущность можно проникнуть, понимая человека, его мышление. Он предположил, что в основе человеческого мышления лежат бинарные оппозиции — пары противоположностей, которые на уровне здравого смысла для нас невозможны. Что это за бинарные оппозиции, мы можем понять, анализируя мифы¹² (хотя миф отождествляют со сказкой, но все-таки миф — это некая истина, субъективная или принятая многими). Например, что такое костер? Для нас с вами, испорченных цивилизацией, это способ погреться, приготовить пищу и т.д. Для древнего человека — это то, что соединяет землю и небо, это священная вещь. Когда индеец кладет на раскаленный камень кусок мяса, чтобы тот поджарился, — для нас это сковородка, а для него это то, что кусок мяса впитывает силу солнца и земли¹³. Так вот Леви-Стросс полагал, что нужно попытаться проникнуть в эти оппозиции, и тогда мы поймем очень многие вещи, в том числе, как мы увидим, эффективность психотерапевтической работы. А проникнуть туда можно через структурный анализ мифов.

Вот, например, есть жизнь и есть смерть, и человеку действительно не очень понятно, как может быть вместе и то, и другое. Противоречия снимаются через менее резкое противостояние. В нашем опыте есть нечто, близкое жизни и смерти, но не тождественное. Например, близкое к жизни — ведение хозяйства, выращивание скота, растениеводство. Близкое к смерти — война, охота. Еще менее резкая оппозиция — животное хищное и животное травоядное. Последняя оппозиция преодолевается чем-то, что могло бы быть и живым, и мертвым, и хищным, и

¹¹ Кстати, психоанализ похож на геологию, со всеми этими срезами, и на археологию. Фрейд очень жалел, что слово «археология» уже занято.

¹² Хотя Леви-Стросс полагал, что наиболее явно это выражает музыка (он любил Вагнера и прочее). У него есть серия книг под названием «Мифологики», где каждый раздел обозначен как музыкальный жанр.

¹³ Противоположности мы видим и в современной жизни. Например, во Франции на праздник принято целовать трубочиста. Это единство противоположностей — чистое-грязное. Куда кладут подарки на Рождество во Франции? В старый стоптанный башмак или в старый штопанный чулок - старое-новое.

травоядным. Какое это животное? Трупоядное — шакал или ворон. Понятно, что речь идет о сказках, так как это типичные герои сказок: ворон — северных, шакал — южных. Интересно, что ворон и шакал в сказках предстают очень противоречивыми: то они мудры, то полные идиоты, то они благородны, то они подлы. Если даже брать ворона в русских сказках, то вы легко увидите, что, с одной стороны, конечно, это что-то зловещее, с другой стороны, это что-то мудрое: ворон приносит живую и мертвую воду и т.д. А мы сказку читаем и не очень понимаем, что в таком противоречивом герое — трикстере — кроется мощный ресурс, кстати, и психотерапевтический тоже.

Если говорить о разных культурах, трикстеров можно найти в очень любопытных образах, не обязательно животных. Например, типичный трикстер — это Гермес, который украдет коров у Аполлона, сделает гадости, но принесет сандалии Персею. Типичный трикстер — бог Локи. В скандинавской мифологии есть асгардовские боги-асы, типа греческих олимпийцев, есть их враги — великаны-гримтурсены. Так Локи — гримтурсен, живущий среди асов. Причем все знают, что конец света, Рагнарёк, наступит в связи с Локи, и тем не менее его терпят. Собственно, все «Эдды»¹⁴ строятся на том, что Локи делает гадости богам и сам же их исправляет. Типичный трикстер — Ходжа Насреддин, тоже то полный идиот, то мудрец. Типичные трикстеры — шуты, вот это уже совсем близко психотерапии или прототипам терапии. Потому что кто такой шут? Это мудрый дурак, которому поэтому позволено то, что не позволено никому другому.

Если брать литературных шутов (из них самые мудрые — шекспировские шуты), то мы видим, что они действуют как психотерапевты. Вспомните «Двенадцатую ночь»: там есть графиня Оливия, к которой сватается герцог Орсино, а Оливия в трауре по потерянному брату и никого не принимает. В сцене, которая там разворачивается, появляется ее шут и говорит: «Что с тобой? Почему ты грустишь?» — «Ты же знаешь, я потеряла брата и ношу траур» — «Аа, наверное, душа его в аду?» — говорит шут. «Да нет, она в раю» — «Так что же ты грустишь? Это глупо». Типичная психотерапевтическая работа. В «Короле Лир» есть один очень интересный момент, который подметил К.Г. Юнг: шут внезапно из пьесы просто исчезает, был-был, говорил, пел песни — вдруг ничего, ни слова. В какой момент? Когда Лир сходит с ума и сам становится мудрым безумцем, трикстером. Баба-Яга тоже типичнейший трикстер.

Возвращаясь к Леви-Строссу. Он считал, что миф и мифологическое сознание строится так, что есть бинарные оппозиции, от них, как биль-

¹⁴ «Эдды» — «Старшая Эдда» и «Младшая Эдда», основные произведения германо-скандинавской мифологии. — *Прим. ред.*

ярдный шар, бегает мысль и каким-то образом выстраивает этот миф. И нам нужно понять, что за этим стоит. Для этого миф нужно прочитать правильно. А что значит правильно прочитать? Мы читаем его как некую историю, по сути, последовательно: сначала одно, потом другое, потом третье — и совершаем ту же ошибку, какую совершил бы инопланетянин, который прилетает на Землю и, пытаясь понять земную культуру, идет в библиотеку и выясняет, что книжки, в основном, читаются слева направо и сверху вниз. И ему среди прочих текстов попадает нотная оркестровая партитура. Как он будет ее считать, что он будет слышать? Одну и ту же мелодию в исполнении разных инструментов последовательно. А она должна читаться параллельно. И вот с мифом то же самое.

В качестве примера Леви-Стросс приводит миф об Эдипе, который, если рассказать его целиком, начинается не с истории Эдипа. Он начинается с истории его предка Кадма, того самого, которого, как и его сестру, украл Зевс в образе быка. История Кадма — это история поиска его сестры Европы. В этих поисках он, очень любящий сестру, убивает дракона, из зубов дракона вырастают воины, он с ними справляется, они убивают друг друга. Потом возникает история Эдипова деда, которого звали Лабдак, потом возникает история Эдипова отца, которого звали Лай, дальше история самого Эдипа. Его выбрасывают, потому что предсказано, что он убьет отца и женится на матери. Его подбирают другие родители. Эдип, узнав о предсказании, уходит, по дороге убивает отца, придя в Фивы, выясняет, что есть вдова, и женится на матери, а там рождаются дети. Когда Эдип уходит, вырвав себе глаза, Этеокл и Полиник, его сыновья, начинают сражение друг с другом. Этеокл убивает Полиника, Полиника запрещено хоронить, но Антигона, их сестра, его хоронит и дальше уходит вместе с отцом.

Здесь есть повторяющиеся проблемы, повторяющиеся линии. Одна из них, вполне очевидная, это тема семейных отношений, взятая либо с преувеличенным знаком «плюс» (Кадм ищет сестру, Эдип женится на матери, Антигона хоронит брата), либо с преувеличенным знаком «минус» (братоубийственная война, Эдип убивает отца). Это одна пара противоположностей. Вторая пара менее очевидная. Здесь, говорит Леви-Стросс, спорят между собой две концепции появления человека. Либо человек рожден землей, либо другим человеком (за чем стоит еще большая загадка: человек рожден одним или двумя? Вроде бы женщина рождает, но мужчина тоже как будто причем). Есть хтоническая теория, утверждающая, что у людей земное или даже подземное происхождение. Эта линия показана в борьбе с чудовищами: Кадм убил дракона, Эдип побеждает Сфинкс (Сфинкс — женщина, поэтому я ее не склоняю). Чудовища — хтонические существа, и когда герой их побеждает, торжест-

ует другая линия — человеческая. Но имена героев (Лабдак — «хромой», Лай — «левша», Эдип — «с опухшими ногами») подтверждают хтоническую линию, потому что согласно этим хтоническим мифам, человек, рожденный землей, был очень неуклюж.

Какое отношение все это имеет к психотерапии? В главе «Эффективность символа» Леви-Стросс описывает процедуру, которая была проведена шаманом одного южно-американского индейского племени. Там произошла непривычная ситуация — индианка не может разрешиться от бремени. Она готова родить, истекает кровью, но ребенок не появляется. Повитуха племени с этим не справляется и идет за колдуном. Приходит колдун, садится около больной, которая лежит в гамаке, и говорит. В результате разговора родится ребенок. Но что за этим стоит? Дело в том, что в этом племени было любопытное представление о причинах заболевания. Считалось, что есть некая сила, ответственная за тело, аналог нашему понятию «душа». Эта сила называется «пурба», и пока она справляется с обязанностями — тело здорово. Но у каждого органа есть своя душа. И болезнь заключается в том, что эта парциальная душа взбунтовалась, поэтому пурба не может с ней справиться, и тело становится дисфункциональным.

Обращаю внимание, что эту же идею нецелостности души, отщепленных частей, которые имеют свою силу, мы увидим у Пьера Жане — в представлениях о фиксированных идеях, у Карла Юнга — в идее комплекса, у Фрица Перлза — в идее отщепленного гештальта.

В данном случае взбунтовалась душа матки, и ее нужно вернуть к прежним «обязанностям». Колдун садится, изготавливает себе глиняных и деревянных помощников, которые будут героями его рассказа и которые, как и он, ни разу не прикоснутся к больной. Пока он их изготавливает, он говорит примерно следующее: «Повитуха просыпается, повитуха встает, делает шаг правой ногой, делает шаг левой ногой, повитуха толкает дверь хижины, дверь хижины скрипит, повитуха выходит из хижины, повитуха рассыпает жемчужины». То есть долгий и нудный рассказ о том, что делала повитуха в то утро, когда ее позвали к больной. Потом в этом рассказе повитуха, не справившись с ситуацией, идет к нему, колдуну, и говорит, как она «просыпалась, вставала, делала шаг левой ногой, делала шаг правой ногой, толкала дверь хижины, дверь хижины скрипела...» — абсолютное повторение. Зачем? — размышляет Леви-Стросс. Вероятно, затем, чтобы больную, которая психологически «не в этом мире», вернуть к обыденным реалиям, к простому опыту. Дальше колдун начинает рассказ о том, как его помощники вступят «во внутренний космос женщины», как мы бы сказали. Потому что их задача — пройти дорогой Муу (Муу — это душа матки) в дом Муу, сразить-

ся с ней и вернуться обратно. Причем не убить, а победить. Говоря физиологически: по влагалищу — в матку — и обратно по влагалищу. Дальше в рассказе колдуна будут постоянно сочетаться эти противоположности — космическое и физиологическое начало, начиная со слов о том, что «большая лежит в гамаке и кровавые дожди сливаются на землю», то есть она сама как бы становится небом. Затем эти помощники обретают очевидные фаллические формы: они крепнут, у них начинаются светиться шапочки, они по одному вступают на дорогу Муу, вызывая у женщины вполне очевидные физиологические реакции. Они встречаются стены, которые нужно буравить, зовут других помощников, буравят. Это символизация мышечных зажимов. Откуда колдун про это знает, совершенно не понятно. Встречают нити и занавеси, которые нужно разрезать. Они встречаются разных животных, которых нужно победить. По сути это действительно психодинамическая картина внутренней борьбы, движения. Долгий путь туда, довольно быстро они побеждают Муу, дальше долгий путь обратно. Но теперь внимание на их башмаках: они протаптывают дорогу и, если входили они в колонну по одному, гуськом, то теперь постепенно перестраиваются в шеренгу по четыре. Символически это расширение прохода. И с последними словами: «На свет выходит ребенок», — на свет действительно выходит ребенок. При этом колдун к женщине даже не прикоснулся.

Леви-Стресс размышляет: почему же эта работа оказалась эффективной? Нам же тоже говорят: «Вы больны, у вас вирусы», — но мы не выздоравливаем от этого. Во-первых, мы имеем дело с единым мифологическим сознанием. Во-вторых, мы опять встречаем здесь противоположности: и в рассказе, и в самой паре колдуна и больной. Потому что колдун — это избыточность своего Я, это сверхсила, а больная — это недостаточность Я. Но в процессе работы она все больше начинает приближаться к этому Я. И не то же ли самое, говорит Леви-Стресс, происходит в психоанализе? Не является ли психоанализ своего рода мифом? Для тех, кто верит, что существуют персонажи Я, Оно и Сверх-Я, которые тоже борются между собой, что-то вытесняют, работа будет эффективна. Для тех, кто не верит — не будет. Так что в этом смысле символ действительно может быть эффективным. Аналитик и пациент тоже представляют собой пару противоположностей. Только в психоанализе аналитик молчит, а пациент говорит, но это не меняет общего структурного отношения.

Стало быть, действия шамана — это что-то похожее на психотерапию. Ю.В. Каннабих пишет, что медицина начиналась как психиатрия, а эти старые практики были направлены по сути на психотерапевтическую работу. Вообще, если задуматься над тем, какие в народе даны объ-

яснения причинам заболеваний, мы увидим соотнесенность с современной терапией.

Сглаз. Что в этом случае делает знахарь? Он прямо или косвенно борется с тем, кто этот сглаз нанес — то есть мы входим в контекст межличностных отношений.

Прогневал богов, сделал что-то плохое. Нужно как бы «отслужить» — в этом случае поможет отреагирование, обращение в позитив.

Наказание за прегрешения предков. Мы действительно несем в себе «послания предков» и, сами того не зная, повторяем их ошибки — например, в концепции семейной психотерапии строят генограмму.

То есть, действительно можно найти очень многое из того, что определило психотерапию. Она во многом возникла из мифологии, из мистики, ее корни иногда своеобразны и даже жутковаты.

Античность

Если говорить дальше про развитие прототипов психотерапии, то, прежде всего, мы с вами приходим к античной Греции¹⁵, где можно увидеть уже более осмысленные и структурированные представления.

Обратимся, во-первых, к античной философии. Специалист по Греции М.Л. Гаспаров считает, что философия появилась, когда люди стали селиться большими сообществами и возникла проблема упорядочивания жизни, введения каких-то норм и законов, по которым надо жить. В своем стремлении упорядочить мир философия имеет психотерапевтический смысл (книга «последнего римлянина» Боэция называлась даже «Утешение философией»).

Вместе с идеей порядка возникает вопрос: «а в мире-то есть законы?»

«Плачущий» философ Гераклит считал, что никаких твердых оснований в мире нет — все течет, все изменяется, нет прекрасного без уродства, силы — без слабости. Хотя понятие «логос» появилось именно у него¹⁶.

Философы были еще и практиками. Пифагор (если он действительно существовал), человек, который ввел термин «философия», был также врачом. Он считал, что если боги создали человека, каким создали, то другой человек, в том числе и врач, не имеет права вмешиваться в строение тела — то есть ничего отрезать. Болезнь есть нарушение гармонии, и гармонию можно восстанавливать при помощи музыки и поэзии. В качестве музыки использовалась особая музыка, струнная,

¹⁵ Мы не будем рассматривать Восток, так как его влияния на будущую психотерапию, которая возникла в Европе, не очень понятны.

¹⁶ Термин «Логос», введенный Гераклитом, со временем приобрел великое множество смыслов, но для него самого он означал закон, по которому «все течет», явления переходят друг в друга (М.Г. Ярошевский). — *Прим. ред.*

мы не можем ее воспроизвести, а в качестве поэзии — тексты Гомера, потому что они написаны основанным на дактиле гекзаметром¹⁷, а дактиль считался изобретением бога Диониса, и, следовательно, обладал целебной силой. И описаны случаи, когда он таким образом избавлял человека от патологических эмоциональных состояний и т.д.

Если взять Сократа, тут прослеживается прямое влияние на будущую психотерапию. Я напомию вам, что он ничего не писал. Почему? Он же умел писать. Полагают, что у Сократа, как он сам говорил, «есть демон, который заставляет его задаваться вопросом». Для нас демон — это некая злая сила. Это представление связано с тем, что со времен расцвета христианства все античные боги стали рассматриваться как бесы. Но изначально Демон — это античный бог, как его назвали — «бог данного мгновения», то есть что-то, подталкивающее на поступок, очень близкое тому, что мы называем спонтанностью¹⁸.

Постоянные вопросы, нахождение ответа, но нахождение ответа означает новые вопросы. И чем больше ответов, тем больше вопросов. А любая запись — это остановка. Сократ имел мужество не останавливаться, поэтому действительно ничего не писал. Платон, вероятно, «испугался» и поэтому записывал диалоги, но он дал очень противоречивые ответы, хотя практически на все вопросы философии.

Чем нам интересен Сократ? Во-первых, в споре Сократа и софистов предметом философских размышлений стал человек. По поводу человека Сократ и софисты спорили в двух направлениях. Одно из них — это проблема нравственности (сейчас вы увидите, почему это важно для психотерапии). Откуда берутся нравственные законы? Либо их придумали люди, договорились, либо они даны богом и врождены. Если это придумано людьми, здесь мы видим прототипы двух позиций. Во-первых, транслируя эту мысль дальше, мы приходим к Англии, у которой нет конституции и где все решается в парламенте, а оттуда — к некоторым видам групповой терапии, где нужно уметь договариваться. Во-вторых, мы приходим к демократии. Хотя это довольно жуткая вещь, потому что, например, кушать человека нехорошо, сейчас мы так думаем, но будет голодно — передоговоримся и скушаем кого-нибудь. Так думали софисты.

¹⁷ Нам очень трудно понять, что это такое, потому что русский поэтический дактиль не соответствует греческому. В Греции были не ударные и безударные слоги, а долгие и короткие, а ударение могло быть разным. В том дактиле был один длинный слог, два коротких. Это как палец: длинная фаланга и две коротких.

¹⁸ Кстати, с демоном мы тоже еще встретимся. Например, в названии журнала «Daimon», который выходил после Первой мировой войны в немецкоязычной Европе и в котором участвовали Адлер, Морено, Бубер и другие.

А Сократ полагал, что нравственные законы человеку уже даны, они живут в нем, они божественны, только они не у всех пробуждены. И здесь мы видим, вероятно, первый прототип будущей гуманистической психологии и психотерапии — верование в то, что сущность уже дана. Когда мы говорим об экзистенциальной традиции — что чему предшествует? Сущность существованию или существование сущности? В данном случае сущность предшествует существованию.

Второй вопрос: познаваем ли мир? Может ли человек познать истину при помощи мышления? Ответов опять два: либо нет, либо да. Софисты полагали, что нет, и, к сожалению, из этого стало рождаться некое удивительное искусство — убеждать людей в чем угодно, даже в любой глупости. Например, кому из вас доказать, что он миллионер? Скажите, у вас есть то, чего вы не потеряли? — Да. — Вы не потеряли миллион? — Нет, не потерял. — Значит, вы миллионер. Что произошло? Не я ошибся — вы ошиблись логически. Потому что множество вещей, которыми вы обладали и не потеряли, меньше, чем множество вещей, которых вы не потеряли. Мы попадаем на удочку. Отсюда, опять через много опосредующих звеньев, через рациональную терапию П. Дюбуа, например, мы приходим к той же когнитивно-бихевиоральной или бихевиоральной терапии, которая утверждает, что человеку плохо, потому что он думает неправильно, и его нужно научить правильно думать, обучить логике. Эти идеи возникают как попытка противостоять софистам, которые стали обучать красноречию ораторов, политиков, чья задача — убеждать людей в своих идеях.

В отличие от софистов Сократ полагал, что истина, как и нравственность, уже скрыта в душе каждого человека и дана богами (или богом — Сократ и Платон утверждали единого бога-создателя и богов-помощников), только она должна быть раскрыта, и для этого нужно задавать вопросы. Это вечное движение к божественной истине. Сократ открывает диалог как форму философского существования. Причем диалог у него внешний. У него были ученики, но он не вещал истины, или почти не вещал, — он задавал вопросы, но так, что ученики сами находили ответы. Это называлось «маевтика», то есть родовспоможение (это слово не случайно, ведь Сократ был сыном повитухи). Задавание вопросов и «недавание» ответов, создание ситуации диалога, — то, что мы видим у К. Роджерса, то, что мы встречаем с прямой ссылкой на Сократа у В. Франкла¹⁹. Это прямой выход в психотерапию, в ту самую недирективную терапию, о которой мы сегодня с вами говорили.

Если говорить о Платоне, который писал «Диалоги», где Сократ — один из участников, то судя по всему, именно у него возникает идея

¹⁹ У Франкла этот диалог такой же обезличенный, как у Сократа, у Роджерса он эмпатичный.

внутреннего диалога. Платон говорит сам с собой, он ставит себе разных собеседников. Скорее всего, так. Но кроме того, Платон интересен тем, что устами Сократа в диалоге «Федон» показывает одну из первых серьезных психодинамических картин человека. Согласно Платону, душа трехчастна. Есть разумная, страстная (или яростная) и вожделеющая душа. Кстати, именно так устроено государство в Атлантиде, описанное Платоном: город состоит из трех концентрических окружностей, где в центре живут мудрецы, в средней части — воины, а по окраинам — простолюдины. Стало быть, душа конфликтна. Страсти влекут ввысь, вожделение — вниз, а человеческая душа подобна колеснице, запряженной двумя жеребцами, черным и белым, которые тащат колесницу в разные стороны. Души мечутся, колеса ломаются, кони ломают ноги. От чего зависит судьба колесницы? От возничего, и, с точки зрения Платона и, вероятно, Сократа, возничим на этой колеснице должен стать разум, он должен овладеть страстями и вожделением. Если это удастся, то после смерти тела страсти и вожделение умирают, а душа возвращается на звезду, потом приходит к кому-то еще, обогатившись опытом. Разве не то же самое примерно скажет Фрейд? Осознав причины своих проблем, человек может хотя бы отчасти управлять своим поведением и своими чувствами. Идея рационализма, как мощная идея, вошедшая в психотерапию, конечно, идет оттуда²⁰.

Философы рассуждали и о психических заболеваниях, они частично уже были известны. Была известна эпилепсия, была известна мания, была известна меланхолия, хотя она объяснялась больше материалистически: меланхолия — болезнь, связанная с переизбытком черной желчи, поэтому нужно давать рвотное, от переизбытка других жизненных соков — другие вещи. Но если говорить о медицине, действительно, в Греции она была очень развита. Существовало два типа медицины, в разной степени они будут иметь отношение к будущей психотерапии.

Во-первых, была муниципальная медицина, *светская*. Она бралась за все заболевания, но часто терпела неудачу. Наиболее ярким ее представителем был Гиппократ. Он интересен тем, что, во-первых, дал нам некоторый медицинский кодекс, базовые положения которого примут, конечно же, и первые терапевты, которые выйдут из медицины (да они и сейчас звучат). Главный из них «Не навреди». Хотя в отношении душевных явлений нам трудно сказать, что вред, а что не вред, и где вред обернется пользой.

²⁰ Если пользоваться понятием Ф.Е. Василюка «психотерапевтические упования», т.е. на что рассчитывает терапевт, то самым первым и очень долго существовавшим было упование на разум, на осознание, на управление чувствами при помощи разума.

Но еще более интересно то, что Гиппократ указывал на лечебное значение взаимоотношений между врачом и больным, призывая врача, в частности, быть эмпатийным (как мы бы сказали): «Врач, относись к больному так, как ты хотел бы, чтобы относились к тебе, если бы ты был болен». Целебное значение отношения нам близко, поскольку психотерапия — это в первую очередь особым образом построенные отношения.

Гиппократ не был философом, не выстраивал того, что мы бы назвали теорией субстанции и т.д., он брал уже готовые идеи. Наибольшее влияние на него в свое время оказал Демокрит. Это довольно известная история о том, как, когда Демокрит уже был старым, жители города Абдеры решили, что он сумасшедший, потому что вел достаточно уединенный образ жизни, не очень радовался жизни и прочее. И они призвали Гиппократа, чтобы тот был экспертом и засвидетельствовал сумасшествие Демокрита. И согласно этой истории, Гиппократ приехал, побеседовал с Демокритом и вынес решение, что Демокрит — единственный здоровый человек в городе Абдера. В дальнейшем они много общались, вследствие чего Гиппократ утвердился в материализме. Например, для него эпилепсия — это не болезнь богов, а обычное органическое заболевание, которое нужно лечить. При том, что Гиппократ был материалистически мыслящим, искал органические источники заболеваний, в своем Кодексе он удивительным образом выделяет психологические факторы (не называя их так), которые тоже способствуют излечению. Например, он предлагает возле постели больного собирать близких ему людей, шутить.

Для нас более интересна другая медицина — *храмовая*. При храмах бога врачевания Асклепия²¹ были организованы лечебницы — асклепионы. И при этих храмах были жрецы²². То, что они делали, очень похоже на психотерапию²³.

Асклепионы размещались в очень живописных местах. За этим стояла своя философия: болезнь — это нарушение гармонии четырех внутренних стихий — воздух-вода-земля-огонь. В красивых гармоничных местах, то есть там, где сочетаются четыре стихии мира, гармония восстанавливается. Сейчас есть известный прием — лечение средой: среда должна дать то, чего не хватает внутри. Это особенно видно на примере некоторых восточных практик, когда будущего священнослужителя, ес-

²¹ Асклепий (другое его имя Эскулап) — бог своеобразный: он же умер, представляете — смертный бог. За то, что он стал делать людей бессмертными, Зевс его испепелил. Исторически, судя по всему, он не бог, а реальный врач, во всяком случае, у Гомера он не бог, а Фессалийский царь, два его сына врачуют на Троянской войне. Медики считали себя потомками Асклепия.

²² Кстати, Гиппократ был сыном жреца храма Асклепия.

²³ Специалист по древнегреческой культуре — С.А. Жебелев, у него можно по это почитать.

ли он бедный, помещают в богатую обстановку, если богатый — наоборот, в бедную. То есть он должен прожить жизнь, поняв ее полноту.

Приходивший к воротам асклепиона видел многочисленные таблички с благодарственными надписями от излечившихся. В асклепионах не знали неудач (кстати, там брались не за все болезни, а неудачи, видимо, хорошо скрывали). И все были убеждены, что излечение будет наверняка. Как вы понимаете, это полдела — если человек верит, эффект плацебо работает.

Приходивших в асклепион погружали в сон. Вероятно, использовали известные тогда формы гипноза²⁴ и внушение, потому что пробудившиеся от сна говорили, что им во сне являлся Асклепий или какой-то другой бог и давал рекомендации о том, что делать и как жить.

Известно также, что в асклепионах, помимо фитотерапии и прообраза будущей гидротерапии, в качестве целебного средства использовался театр. Театр в Древней Греции — это вообще особая вещь, это совсем не то же, что средневековые или современные театры. В Средние века актеров даже не хоронили в пределах кладбищ, потому что актерство было греховно, считалось попыткой создать свой мир, конкурируя с богом и т.д. В античной Греции прямо наоборот: боги говорили через актеров, отсюда возникли первоначальные маски, отсюда пойдет слово «персона» (но это уже из Рима). Далеко не сразу появились актеры. Сначала это был хор, потом придумали актера, который приходит откуда-то и говорит о судьбе какого-то героя, потом другой актер. Аристотель, обсуждая в «Поэтике» влияние трагедии на зрителя, ввел термин «катарсис» — очищение путем сопереживания герою, путем переживания подобных аффектов. Гораздо позже этот термин войдет в психотерапию, в ранний психоанализ, или даже — в предпсихоанализ, потому что метод, с которого началась новая эпоха в психотерапии, открытый Анной О. и Й. Брейером — это «катарсический метод», очищение через рассказывание о травме. Этот метод перейдет в психодраму Дж. Морено, он используется даже в поведенческой терапии в технике «наводнения» — она заключается в усилении негативного переживания и тоже предполагает катарсический эффект. По некоторым данным (хотя это не подтверждено), больные могли быть не только зрителями, но и актерами в этом театре — это уже совсем близко к психодраме, хотя сам Морено выводил ее не отсюда, а из античных мистерий.

На раскопках асклепионов были найдены подземные лабиринты. Для чего они использовались, не очень понятно. Лабиринты — вещь очень любопытная, и не случайно они выступают как символ жизни в

²⁴ Слова «гипноз» тогда в медицине еще не было (было имя бога сна — Гипнос), и термином «гипноз» станет только в 40-е годы XIX века.

разных интерпретациях²⁵. Вполне возможно, что больных проводили через эти лабиринты, устраивая им разные символические испытания, проходя которые больные оздоравливались. Это действительно очень похоже на психотерапию.

Весьма терапевтичным было то, каким образом расплачивались с врачевателями в Древней Греции — уменьшенными копиями излеченных органов, изготовленных из драгоценных или полудрагоценных материалов. На Балканах были найдены целые раскопки с фигурами маленьких желудочков из серебра и т.д. Так врачу через символическую плату отдавалась ответственность за орган.

Так что в Греции можно найти прообразы очень и очень многого.

Средневековье

Теперь давайте шагнем в Средние века, которые, несмотря на жуткость того времени, для терапии оказались весьма успешным периодом.

Период средневековья длинный, и я буду говорить о нем в общем.

Тогда отношение к врачам было очень настороженное, потому что, с одной стороны, врач вроде бы нужен для тела, а священник — для души, но, с другой стороны, врач вторгается в некий Божий промысел. И поэтому неслучайно многие выдающиеся врачи считались наперсниками дьявола²⁶. Страх дьявола — это одна из основных проблем средневекового человека.

Кроме того действовала очень строгая религиозная мораль, церковная мораль, скажем так, которая возникла не сразу. Если вы почитаете Аврелия Августина²⁷, то, увидите, что он еще очень восприимчив к Древней Греции, работает с аристотелевскими и неоплатоническими идеями. Но в дальнейшем целый ряд тем, которые в Греции были совершенно свободны и очевидны, был закрыт. В частности, наложено огра-

²⁵ Хочу напомнить вам самый известный греческий лабиринт — лабиринт на острове Крит, и миф о Тезее, с символической точки зрения. В этом лабиринте обитал Минотавр, которого Тезеей убил. Попробуем немножечко «поюнгианствовать». Откуда взялся Минотавр? Посейдон, превратившийся в быка, влюбился в жену царя Миноса, она ответила ему взаимностью. Земной отец Минотавра — царь Минос, а божественный отец — Посейдон. А кто отец Тезея? Земной отец — Эгей, а божественный отец Тезея — тоже Посейдон. На самом деле Минотавр и Тезей — братья. Два лика одного и того же: ужасное и прекрасное. При помощи Ариадны, то есть женского начала, Тезей побеждает Минотавра и выходит из лабиринта.

²⁶ Самый знаменитый врач позднего Средневековья — доктор Фауст, который действительно существовал. Его конкурент Парацельс тоже иногда подозревался в связях с дьяволом.

²⁷ Годы жизни Августина 354—430 г.н.э. — *Прим. ред.*

ничество на телесность, потому что тело — это сосуд греха, женщина — вообще сплошное зло. Грамотных людей было мало, и это были исключительно монахи²⁸.

Несмотря на все это, в Средние века возникли некоторые, я бы сказал, культурно выработанные средства терапии (они, естественно, не назывались так).

Например, одним из таких средств были карнавалы, которые существовали во многих ведущих странах. Карнавалы — время, когда можно делать все то, что нельзя во все остальное время, и можно смеяться над всем тем, что страшно. Чтобы не бояться дьявола, над ним надо смеяться. То есть смех выступает как лечебное средство. Карнавальную культуру очень тонко анализирует М.М. Бахтин в своей работе о Франсуа Рабле²⁹. Он пишет, что во время карнавалов низ и верх менялись местами в самых разных отношениях, в частности, социальные верх и низ. Помните «Ночь нищих»³⁰ в «Соборе Парижской Богоматери», когда нищие — короли Парижа? Во многом смеховая карнавальная культура, которую описал М.М. Бахтин, в этом плане была терапевтической. И это «смеховое отношение» потом частично придет в терапию. Скажем, В. Франкл считал, что юмор — это форма свободы.

Страх дьявола действительно был очень силен. Например, были описаны многочисленные случаи, понимаемые нами сейчас как случаи истерии (тогда, конечно, такого понятия еще не было, это в XIX веке истерия станет тем, на чем во многом будет основываться психотерапия). В XIV веке во Франции среди обитательниц женских монастырей была буквально эпидемия, когда эти женщины уверяли, что стали жертвами насилия со стороны злого духа. У них была бременность, которая завершалась мнимыми родами, то есть животик спускался как воздушный шарик. Можно представить, как средневековый человек должен был к мнимым родам относиться: возникает живот, потом опадает, и выходит... что? Дух? Воздух? Непонятно, что это.

²⁸ Дворянину считалось непристойным быть грамотным — не дворянское это дело!

²⁹ Эту работу, кстати, можно увидеть как некое представление Бахтина о психоанализе, с которым он был знаком. И то ли он под фамилией Волошинов, то ли действительно его ученик В.Н. Волошинов написал в свое время работу «Фрейдизм», которую я очень рекомендую почитать, потому что по сути это некая картина современного ему советского общества через представление о низе и верхе, сознательном и бессознательном.

³⁰ Кстати, это имеет античное происхождение: когда-то в Древнем Риме был День рабов, когда рабы и хозяева менялись местами. Чем потом это оборачивалось для рабов, я не знаю.

Что такое болезнь с точки зрения средневекового человека? Это, как правило, вселение злого духа, демонизация. Напомню, что в Средние века индивидуальность не была ценностью, если под индивидуальностью мы понимаем непохожесть. Быть непохожим на других не только не приветствовалось, а прямо наоборот³¹. Те, кого сейчас мы называем психически больными людьми, они же непохожи, они ведут себя «не так». И в те времена они считались либо продуктами инкубата³², либо людьми, одержимыми дьяволом. Следовательно, в этом плане надо изгонять беса. Это осуществлялось самыми разными средствами, но в основном, конечно, экзорцизмом. Изгнание дьявола как некая практика существует до сей поры, хотя понятно, что она уже не столь обширна.

Экзорцисты часто были очень эффективны в своей деятельности. В XVIII веке, например, жил такой протестантский священник по имени Гасснер, который публично демонстрировал изгнание бесов и был в этом очень эффективен. Его обычно вызывали к тем, кого называли «бесноватыми», то есть к людям с эпилептическими или эпилептоподобными припадками. Он приходил в период интермиссии, как мы сейчас это называем, и, обращаясь к больному, говорил: «Если ты демон — покажись». Если после этой фразы больной начинал биться в припадке, то Гасснер изгонял дьявола. А — что любопытно — если нет, то он говорил: «Это к врачу, это не ко мне». То есть он, сам того не ведая, различал реальную эпилепсию и истерическую.

Экзорцизм, в каком-то смысле, — это тоже прототип психотерапии. Экзорцистов мы еще вспомним, потому что борьба с неврозом как с чем-то, что возникло и должно быть изгнано, — это своего рода тоже экзорцизм³³.

Для психотерапии, как вы понимаете, очень важно внимание к детству. В Средние века, вероятно, детство не виделось как особый период жизни человека. В возрастной психологии по этому поводу есть работы

³¹ Крупные личности средних веков, скорее, были образцами, а не индивидуальностями. Например, Карл Великий — самый смелый, самый сильный, но все остальные тоже должны быть смелыми и сильными соответственно.

³² Инкуб — это злой мужской дух, который насилует женщин, и потом либо рождается кто-то, несущий в себе демоническое, либо выходит воздух. Единственным позитивным ребенком инкубата, из мне известных, был волшебник Мэрлин, который все время боролся со своим внутренним дьявольством и который даже направил рыцарей Круглого стола на поиски Святого Грааля, после чего исчез, исполнив свое предназначение.

³³ Корни экзорцизма можно найти и в первобытном обществе: считалось, что, когда что-то извне проникло внутрь, оно должно быть изгнано. Например, колдун прикасал губами к щеке больного, у которого болел зуб, и сплевывал сушу ящерицу — и, что интересно, зуб проходил.

Филиппа Арьеса³⁴. Он пытался понять видение детства в разные времена, анализируя живописные изображения ребенка. Детей в те времена одевали во взрослые одежды. Посмотрите на немецкие средневековые иконы, там на руках у Богородицы лежит маленький взрослый. Ф. Арьес показал, что в старонемецком языке слово «ребенок» означало «недоумок», вернее слово «недоумок» было синонимом нашему «ребенку».

Еще одна характерная черта того периода — очень сложное отношение к творчеству. В средневековом богословии различалось два типа творчества. Один назывался «креация», а другой — «инвенция». Так вот креация — буквально, созидание — считалось божественным творчеством. А инвенция, то есть изобретательство, — это переделка того, что есть, и она считалась творчеством дьявола³⁵. Следовательно, инвенция греховна.

И вот на этом жестком фоне, когда еще и инквизиция занималась изгнанием дьявола и проверкой человека на чистоплотность, в Средние века, тем не менее, возникают прототипы психиатрических лечебниц. Подчеркиваю, именно прототипы. Это было что-то вроде приютов при монастырях, куда могли прийти разные люди. Известны такие приюты в Испании³⁶. Также с XIV века известны лечебницы в Ирландии, которая в то время была очень развитой, просвещенной страной, кладезью науки, там были богатые библиотеки, делались прекрасные переводы. В позднее средневековье возникает знаменитый лондонский Бедлам, который, правда, был скорее тюрьмой, чем лечебницей. Тем не менее, это было пространство, где, содержались больные, хоть и наряду с преступниками и на цепях. Но все же в этот период болезнь демонизировалась.

Повторю, что о средневековье мы знаем мало. Медиевист А.Я. Гуревич в одной из своих книг называл его «культурой безмолвствующего большинства», потому что мы действительно мало знаем о том, что происходило за пределами текстов, которые до нас дошли.

В средневековье мы находим и серьезные прообразы развивающегося интеллектуального рационализма. Это связано с тем, что многие темы были под запретом, в то время как проблемы мышления оставались открытыми. И средневековая схоластика как раз уделяла внимание это-

³⁴ У Арьеса было две очень интересные работы: одна о детстве — «Ребенок и семейная жизнь при старом порядке», и другая — «Человек перед лицом смерти» — о проблеме отношения к смерти в разных культурах.

³⁵ Дьявол одним из имен имел «Мастеровой». В этом смысле, когда мы читаем «Мастера и Маргариту», то возникают некоторые иные планы понимания, о чем там идет речь.

³⁶ Но Испания — страна особая. Долгое время она оставалась под властью мавров, т.е. мусульман, а мусульманская средневековая медицина была очень развита (вспомним, например, Авиценну). И мусульманство долгое время было очень терпимо к иным пространствам, в том числе религиозным.

му вопросу: аргументации, доказательствам. Правда, очень своеобразным. В Средние века аргументом, например, могла быть ссылка на авторитет, причем аргументом неоспариваемым: так сказал Августин, значит, так оно и есть, или ссылка на Священное Писание³⁷.

Рационализм будет усилен в позднесредневековое время протестантизмом. Я уже говорил, что протестантизм сыграл очень важную роль в появлении психотерапии в будущем. Но в целом он отличался от католицизма и православия тем, что именно протестанты стали переводить священные тексты на национальные языки. До этого церковь была не просто особой организацией — там говорили на мертвых языках (на латыни, на древнегреческом), которых народ, конечно же, не знал, — то есть это было нечто эзотерическое. Протестанты же стали делать переводы на родные языки³⁸.

Как мы уже говорили, в протестантизме связь с Богом более интимна. Также там есть представление о том, что каждому человеку уже предписана его судьба и нужно ее понять, чтобы как можно правильнее вести себя на этом пути. Кстати, протестантизм не признавал богатство греховным — это просто Бог тебе подал, а если тебе суждено быть бедным, то бедным так и будешь, но все равно нужно быть на своем пути. Поэтому протестантизм — очень индивидуально-ориентированная религия. И рационалистическая, потому что там не существует большей части таинств, нет исповеди, нет отпущения грехов, существует отказ от внутреннего церковного роскошества и, кроме того, нет Священного Предания³⁹. Следовательно, можно опираться только на анализ текстов Священного Писания. Отсюда появляется рационализм, который потом перейдет и в философию Нового времени, и даже католики, типа Декарта, испытают очень сильное влияние протестантизма. Разум начинает восприниматься как некая сила, которая может познать Истину, выявить ее.

Новое время

И вот мы с вами уже незаметно подошли к Новому времени. Демонизация по большей части уходит, возникает новая ситуация.

И я специально не говорю об эпохе Возрождения — это же не хронологическая эпоха, а культурологическая, включающая в себя позднее Средне-

³⁷ В нашей стране в советское время возникнет средневековье в этом же смысле: так сказал Маркс, значит, это правильно, и не дай бог это в чем-нибудь оспаривать.

³⁸ Если вы помните «Фауста», в начале пьесы главный герой переводит Евангелие на немецкий и не может перевести, потому что то, что мы знаем как «в начале было Слово», по-гречески звучит как «в начале был Логос». И Логос оказывается всем: и делом, и мыслью, и смыслом.

³⁹ В католицизме это речи Папы Римского, которые принимаются как абсолютная истина, в православии это решения Соборов.

вековые, раннее Новое время. Но как раз эпоха Возрождения стала возвращать внимание к индивидуальности. Это проявилось, например, в том, что в это время возникает портретная живопись. Не символическая, религиозная, а именно портретная⁴⁰, требующая внимания и понимания некоторых «психологических» нюансов. В развитии портретной живописи видно, как сначала это просто изображение лиц. Потом появляется антураж — своего рода язык, который задает понимание этого портрета. Это также нашло отражение в появлении любовной поэзии (Петрарка, Боккаччо), скульптуры, таких хулиганских книг, как «Гаргантюа и Пантагрюэль».

Любопытный момент — Алексей Федорович Лосев⁴¹, ученик В.С. Соловьева, в книге «Эстетика Возрождения» пишет о том, что внимание к индивидуальности привело к двум противоположным тенденциям в культуре.

Одна из них очевидна — это гуманизм, который берет начало еще в Античности. Те же софисты говорили: «Человек есть мера всего сущего». С другой стороны, это привело к появлению фашизма. Каким образом? В чем логика Лосева? Когда человек становится в центр, тогда идея богочеловека неявно подменяется идеей человеко-бога — человек определяет свою судьбу. От идеи человеко-бога делаем шаг до идеи ницшеанского сверхчеловека. От идеи сверхчеловека, которая сразу создала противоположную тенденцию⁴² («негатив» сверхчеловека) — еще немного ее «изломав», мы получаем идею сверхнации, считающей, что мы — это мы, потому что мы хороши, а остальные плохи, потому что они не мы, которая начинает диктовать, как жить, как верить, и так далее.

Ф. Ницше обычно крайне неправильно трактуется, на самом деле он не имел к фашизму никакого отношения. Основная его идея заключается в том, что «воля к власти» — это необязательно воля к политической власти, это стремление к саморазвитию, самоутверждению⁴³ (что очень близко идее самоактуализации).

⁴⁰ Правда, что-то похожее можно найти еще у Джотто, который изображал Богородицу как человека, хотя непонятно — конкретного или нет.

⁴¹ Вы знаете, наверно, этого философа. А я его даже еще помню, потому А.Ф. Лосев прожил более 90 лет и последние годы преподавал там, где я учился на психологическом факультете — в Ленинском педагогическом институте, на кафедре методики преподавания иностранных языков.

⁴² Пример такого «негатива» сверхчеловека можно найти у Джека Лондона в образе морского волка Ларсена. А в его же романе «Лунная долина», правда, очень слабом, напротив, описана жизнь физически и нравственно совершенных сверхлюдей.

⁴³ Хотя парадоксальным образом Ницше не любил христианство. Он считал, что это религия римских рабов, которая призывает к смирению, а нужно, наоборот, себя утверждать.

Ницше сыграет большую роль в истории психотерапии, привнеся саму идею мотивации, внутренних конфликтов, движения. У него другое отношение к истине, ведь, строго говоря, Ницше ничего не аргументирует, он просто красиво пишет⁴⁴, и это оказывается достаточно точным аргументом. Кроме того, Ницше будет знаком с Лу Саломе. Это была такая интересная женщина в истории психоанализа — не взаимная любовь Ницше, не взаимная любовь Рильке. Возможно, говоря о психоанализе, мы о ней еще вспомним. И напомним, что одна из книг И. Ялома называется «Когда Ницше плакал» — это тоже неслучайно.

Для нас важно, что внимание к индивидуальности порождает внимание к самому себе, попытку себя понять. И если говорить о Новом времени (XVII—XVIII век), то эту попытку самопонимания мы видим и в философии — у Р. Декарта, обращающегося к себе, у Дж. Локка, который формулирует идею рефлексии⁴⁵ как взгляда на самого себя.

Кстати, началось-то все это тоже гораздо раньше. Я упоминал Аврелия Августина, который в V веке написал первую в истории рефлексивную книгу «Исповедь», где он пытается проанализировать себя с детства, понять себя, свои отношения с миром. Первый вопрос, которым задается Августин: «А зачем я эту книгу пишу? Вот я рассказываю о себе, рассказываю не священнику, людям... Хочется думать, что я хочу помочь другим. А, может быть, это у меня честолюбие? Может быть. Какое человек с детства — хороший или плохой? Плохой, — говорит Августин, — Почему я в детстве любил воровать яблоки из отцовского сада? Я же мог прийти и взять. Но я любил воровать. Я любил играть. А что такое игра? Сама игра — замечательная штука, но я же выигрываю у кого-то и тем самым его унижаю». Вот смотрите: V век, раннее средневековье, один из отцов церкви (блаженный в православной традиции, святой в католической), размышляет: «Как мне познать истину? Бог — это слишком высоко, я не дотянусь. Земля — это слишком низко. Через себя, познавая себя». Идея самопознания — это то, что, пройдя через Средние века, и как бы исчезнув там, появится опять в Новое время.

Пытаясь понять себя и свое возможное будущее, человек оказывается перед лицом ответственности за свою жизнь. Об этом писал Эрих Фромм в работе «Бегство от свободы». Он считает, что феномен свободы возникает только в Новое время. Так, в Средние века крестьянин ни при каких усилиях не мог бы стать дворянином, ему незачем было скапли-

⁴⁴ И пишет кратко и емко. В связи с тем, что он очень страдал от болезни (рано перенесенного сифилиса), у него были головные боли, в промежутках между приступами он и писал свои афоризмы.

⁴⁵ В философии такое ударение было — рефлѣксія. В психологии чаще говорят: рефлексія.

вать большие запасы, потому что их у него отбирали, а в Новое время, оказывается, появляются новые возможности⁴⁶. Например, можно выслужить себе дворянский титул. Вспомним петровскую эпоху, Табель о рангах: человек, который на воинской службе заслуживает низший офицерский чин (прапорщик), получает дворянство и передает его потомкам, теперь оказывается возможным выстраивать свою будущую жизнь.

Новое время — это еще и время развития механики, поэтому человек часто будет видеться как полумашина (у Р. Декарта), а в XVIII веке и просто как машина (у Э.Б. де Кондильяка). Причем механицизм — это не только потому, что появляется много машин, это способ видения: весь мир как механизм.

Для нас, если мы говорим о психотерапии, важно, что представление о человеке как о механизме — будет одной из линий, которая со временем приведет к бихевиоризму. В первую очередь это будет связано с Декартом, который будучи «непоследовательным дуалистом», разделил человека на две субстанции: душевную и телесную, приписав душе свойства мышления, а телу — протяженность (таким образом, только у человека есть душа, больше ни у кого⁴⁷). Он первым создал теорию рефлексорной дуги. Декарт полагал, что есть животные духи, которые обитают в нервах. Нервы — это трубочки, подобные кровеносной системе (а он уже знал кровеносную систему, знал У. Гарвея и сам занимался анатомией). Как происходит движение? Наступает человек босой ногой на горячий уголь — по нервам начинают двигаться животные духи (это такие легчайшие пары крови, которые выделяются через кровообращение в нервную систему), двигаются в сторону головного мозга, там открываются клапаны, происходит механическое отражение. Угол падения равен углу отражения — и по другим нервам (по центробежным, как мы говорим) они движутся в мышцы органов движения, мышца надувается и нога поднимается.

Так или иначе, идея рефлекса будет живучей — она придет в медицину, придет к И.П. Павлову, потом «переселится» к бихевиористам. Это особая картина человека. И отсюда возникнут будущие психотерапевтические идеи о том, что нужно создавать и формировать правильные навыки, по сути, рефлексы разного типа.

⁴⁶ В Европе в Новое время уже были свободные крестьяне, ремесленники, цеховые братства. И ни в одной другой стране, кроме России, крепостные не составляли большинства.

⁴⁷ Один из последователей Декарта Н. Мальбранш полагал, что поскольку у животных души нет, то когда они кричат, это механические вибрации, они не чувствуют боль — поэтому резал по живому. Декарт же считал, что животные могут чувствовать боль, только они этого не понимают — к душе относится мысль о боли, а не чувство боли.

Свойство души, по Декарту — мышление. В Новое время частично рождается будущий ассоцианизм, появляются попытки понять метод правильного мышления, появляется вера в возможности разума в познании истины. Отсюда возникают проблемы методологии, правильно-го познания (Ф. Бэкон, Р. Декарт и др.). Для нас с вами это важно, потому что попытки найти право на утверждение истины касаются, в том числе, и понимания человека, и понимания терапии.

Здесь мы немного уйдем от планомерного рассказа и обсудим вопрос о познаваемости мира. Дело в том, что в XVII веке рождается классическая наука (Декарт, Ньютон) — возникает идея, что мир можно познать. Но что для этого нужно сделать? Нужно встать в объективную, внешнюю позицию по отношению к миру, посмотреть на него со стороны, и если у нас есть правильный метод мышления, то мы как бы «вычерпаем» те законы, которые существуют в мире. Предполагается, что эти законы априори существуют, их можно «вычерпать» и сформулировать. В эту классическую эпоху речь, собственно, шла о мышлении об идеальных объектах. Законы, о которых писал Ньютон, мы в жизни не встретим — существуют другие силы, которые в идеальном варианте не учитываются, но, в целом, эти законы есть. И, когда Ньютон их сформулировал, все считали, что мир уже объяснен и дальше можно не об-яснять.

Тут возникает вопрос. Согласны ли вы с тем, что человек, поставив себя во внешнюю позицию и взяв правильный метод, действительно может высказать истину о мире? Эта вера существовала долгое время и проявила себя в естественных науках⁴⁸. По Декарту, чтобы познать истину, нужно во всем усомниться, несомненное принять за истину и дедуктивно перенести все это на мир. Пройдет время и окажется, что это неправда.

Картина, которую мы получаем, очень зависит от метода. И, по сути, мы получаем картину не мира, а мира с нашим методом. Это очень явно проявит себя, например, в физике. Дж. Максвелл, изучающий магнитное поле, выясняет, что введение прибора в магнитное поле меняет свойства этого поля. То есть данные, которые мы считываем в приборе — это не про магнитное поле, которое мы хотим исследовать, а про магнитный прибор.

Также в XX веке это проявит себя в логике, когда окажется, что и Аристотелева формальная логика (вроде бы надежный инструмент) — не надежна. Ученый и философ Бертран Рассел, размышляя

⁴⁸ Но не в ранней психологии. Психолог не мог встать во внешнюю позицию по отношению к миру. Он пытался встать во внешнюю позицию в отношении себя. Это и есть рефлексия, а ее методом была интроспекция.

о теории множеств, поделит все множества на нормальные и ненормальные. Чем они различаются? Тем, что ненормальные включают себя в себя в качестве элементов. Например, «список всех списков» — это же тоже список, значит, он должен себя в себя включать. Вопрос: каким будет множество всех нормальных множеств? Ненормальным? Тогда как множество всех нормальных множеств — оно как ненормальное должно включать себя в себя, и тогда это будет множество и нормальных, и ненормальных. Не получается. Оно не может быть ни тем, ни другим.

Это то, что Рассел считал выраженным в знаменитом парадоксе брадобрея. Помните? Есть город, где живет брадобрей, он из него никуда не выезжает и бреет всех тех и только тех жителей города, которые не бреют себя сами. Кто бреет брадобрея? Вопрос, который не имеет ответа. Если он сам себя бреет — он не имеет право себя брить, ведь он бреет только тех, кто не бреет себя сам. А если он не бреется сам — он обязан себя брить, потому что он бреет всех, кто сам не бреется.

А. Тарски из этого построит теорию метаязыков: мы не можем говорить о равноуровневых вещах с одного уровня, мы должны каждый раз подниматься. Например, «это стол» — это один уровень. «Утверждение “это стол” — истинно» — это другой уровень. «Утверждение о том, что “утверждение “это стол” — истинно” — истинно» — это третий уровень. Кстати, эта теория метаязыка вошла в НЛП. Там даже есть похожее упражнение: вот сижу я — вот сижу я, смотрящий на себя — вот я третий, смотрящий на первых двух (такая искусственная шизофренизация — не забыть бы потом вернуться).

Таким образом, методология, которая возникла и существовала в Новое время, себя не оправдывает.

Если мы с вами говорим о психотерапии: когда я пытаюсь терапевтически что-то понять, могу ли я отказаться от своих нравственных ценностей, от своих установок, убеждений? Получается, тоже нет. И то, что я формулирую в этом плане, это еще и я — в контексте мира, метода и меня самого. Это называется постнеклассическая рациональность⁴⁹. С ней мы имеем дело в любой психологической практике, и именно она имеется в виду, когда психотерапия рассматривается как научная дисциплина, как способ познания терапевтического отношения к миру.

⁴⁹ Конечно, раньше считалось, что наука — самое правильное познание, а философия — высшая форма этого познания. Так нас учили в школе. Но сейчас мы находимся совершенно в другом отношении к науке, признавая другие формы познания — религию, искусство и просто наше духовное существование. О видах рациональности вы можете почитать у методолога В.С. Степина.

Вернемся в Новое время. В этот период изменяется отношение к заболеванию⁵⁰. Поскольку исчез аргумент ссылки на авторитеты, стало возникать недоверие к церковным как бы абсолютным истинам. Ведь существовал парадокс: когда в свое время Гарвей открыл кровеносную систему, церковь резко воспротивилась, потому что круг — это божественная форма и не может быть у собаки, например. Так же очень долго не признавалась эллиптическая форма орбит планет, так как в небесной сфере должен быть круг, а не эллипс. Появились скептики, которые стали по-иному понимать ситуацию. И уже не одержимость дьяволом стала считаться основной причиной душевных заболеваний. Хотя экзорцизм в Новое время еще продолжал существовать, но, как правило, психически больных теперь приравнивали к преступникам и относились к ним так же. Их держали на цепях в тех же тюрьмах по типу Бедлама⁵¹. В Германии в раннее Новое время появилось такое изобретение — «корабли дураков», которые служили плавучими тюрьмами, куда людей сажали, приковывали и пускали по рекам. К каким-то городам судно могло пристать, людей там кормили и отправляли дальше. И в конце концов судно уплывало в море, где исчезало.

Таким образом, отношение к болезни секуляризировалось, т.е. стало более светским. Основным аргументом было то, что эти люди мешают общественному порядку, который тогда виделся как нечто очень значимое.

И сейчас мы вышли на очень важный момент, которым закончится период прототипов в истории психотерапии. Мы подошли к концу XVIII столетия, когда ситуация начнет радикально меняться в силу разных причин, в том числе и политических.

В этот период произошли две важные для нас вещи.

Во-первых, на рубеже XVIII—XIX веков возникает психиатрия — не прототипы, не предпосылки, а психиатрия как часть медицины. И возникает она в достаточно парадоксальной ситуации. На волне довольно жуткого события — Французской революции, которая начиналась с романтики — «свобода, равенство, братство», но обернулась террором и смертью, французскому врачу Филиппу Пинелю удалось «снять оковы с душевнобольных». Причем снять и в прямом, и в фигуральном смысле. В клинике Бисетр, которая, по сути, тогда была тюрьмой, он создал особое социальное пространство для душевнобольных, призвав к гуманному отношению к ним. (Правда, при этом позволялось обливать их холодной водой, буйных связывать, но в це-

⁵⁰ Я рекомендую по этой теме посмотреть книги А. Лоренцера «Археология психоанализа» и М. Фуко «История безумия в классическую эпоху».

⁵¹ Такая ситуация продолжалась довольно долго, она начала меняться только в начале XIX века. Карл Маркс вспоминал, что видел в Англии в рабочем доме женщину, которая 40 лет провела на гнилой соломе прикованная к стене. Подобные страшные картины можно увидеть, например, в старых фильмах про Шерлока Холмса или про Джека-Потрошителя.

лом проявлялось гуманное отношение). Пинель описал это в «Трактате об отчуждении», вышедшем в 1801 году. Хочу обратить ваше внимание на некоторые проявляющиеся здесь проблемы. Вспомним лозунг Революции: «свобода, равенство, братство». Когда больных отделяют в особое пространство, возникает вопрос: а где здесь свобода? равенство? Этот этический и юридический парадокс существует до сих пор: имеют ли душевнобольные какие-то права, а если имеют, то какие? И это тем более возлагает на нас ответственность думать о том, что же является критерием заболевания⁵². Тогда это не осознавалось как проблема, отчуждение считалось благом.

Для нас появление психиатрии важно потому, что психотерапия во многом возникла из клинического опыта. Очень редко она базировалась на психологических теориях. Если брать соотношение «психотерапия — психология», психотерапия дала психологии больше, чем взяла от нее. З. Фрейд — прежде всего психотерапевт, К.Г. Юнг — прежде всего психотерапевт, К. Роджерс — прежде всего психотерапевт. Их теории возникали вслед практике. Обратная ситуация в поведенческой и когнитивной психотерапии. Действительно, бихевиоризм и когнитивная психология возникли раньше, чем соответствующие терапевтические подходы. В остальном все было наоборот.

Второе событие будет связано с появлением практики, которая еще не формулировала психотерапевтических задач, но по сути осуществляла именно психотерапию в контексте медицины. Я уже упоминал экзорциста И.И. Гасснера, деятельность которого разворачивалась в XVIII веке. Австрийский врач Франц Антон Месмер не верил в одержимость дьяволом и считал, что успехи Гасснера в излечении связаны с очень сильным животным магнетизмом. Описание животного магнетизма будет одним из решающих моментов в рождении будущей психотерапии, а с Ф. Месмера начинается то, что можно называть ее предисторией, а возможно и самой психотерапией.

THE HISTORY OF PSYCHOTHERAPY. LECTURE 1. INTRODUCTION TO THE HISTORY OF PSYCHOTHERAPY

I.B. GRINSHPUN

⁵² Политический аспект здесь тоже очень важен. В свое время у нас в стране диссидентов сажали в «психушку», ставя официальный диагноз «вялотекущая шизофрения». Это было следствием слов Хрущева о том, что в советской стране нормальный человек не может не любить советскую власть.

НАШИ АВТОРЫ

Ахтямова Альмира Ахнафовна — кандидат психологических наук, старший научный сотрудник группы изучения психологических проблем туберкулёза Центрального научно-исследовательского института туберкулёза, Москва, Россия.
E-mail: bliznec18@bk.ru

Баранова Галина Викторовна — кандидат психологических наук, старший научный сотрудник группы изучения психологических проблем туберкулёза Центрального научно-исследовательского института туберкулёза, Москва, Россия.
E-mail: g_a_l_i_n_a_62@mail.ru

Веселкова Юлия Владимировна — клинический психолог Центра психологической реабилитации и социальной адаптации «КЛЮЧИ», Москва, Россия.
E-mail: juisv@mail.ru

Готлиб Матвей Исаакович — педагог-психолог ГБОУ СОШ № 1206, структурное подразделение Наш Дом.
E-mail: mgotlib@yandex.ru

Гриншпун Игорь Борисович — кандидат психологических наук, профессор кафедры индивидуальной и групповой психотерапии факультета консультативной и клинической психологии МГППУ.

Данина Мария Михайловна — кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории научных основ психотерапии и консультирования Федеральное государственное научное учреждение «Психологический институт», Москва, Россия.
E-mail: mdanina@yandex.ru

Дорожкин Валерий Романович — доктор психологических наук, профессор кафедры психологии Института подготовки кадров государственной службы занятости Украины, ведущий научный сотрудник лаборатории малых групп и межгрупповых отношений Института социальной и политической психологии НАПН Украины, Киев, Украина.
E-mail: dorojkin@yandex.ru

Зарецкий Виктор Кириллович — профессор кафедры индивидуальной и групповой психотерапии факультета консультативной и клинической психологии МГППУ, Москва, Россия.
E-mail: zar-victor@yandex.ru

Зарецкий Юрий Викторович — преподаватель кафедры клинической психологии и психотерапии МГППУ, педагог-психолог ГБОУ школа-интернат № 8, Москва, Россия.
E-mail: yzar86@yandex.ru

Золотова Наталья Владимировна — кандидат психологических наук, старший научный сотрудник группы изучения психологических проблем туберкулёза Цент-

рального научно-исследовательского института туберкулёза, Москва, Россия.
E-mail: Zolotova_n@mail.ru

Кисельникова (Волкова) Наталья Владимировна — кандидат психологических наук, доцент, заместитель директора по науке, заведующая лаборатория научных основ психотерапии и консультирования Федерального государственного научного учреждения «Психологический институт», Москва, Россия.
E-mail: nv_psy@mail.ru

Корнеева Елена Львовна — аспирант кафедры индивидуальной и групповой психотерапии факультета консультативной и клинической психологии ГБОУ ВПО МГППУ, Москва, Россия.
E-mail: alionakorneeva@gmail.com

Мелёхин Алексей Игоревич — аспирант лаборатории психологии развития Института психологии РАН, медицинский психолог Российского геронтологического научно-клинического центра РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия.
E-mail: clinmelehin@yandex.ru

Поддубная Татьяна Вадимовна — клинический психолог, аспирантка кафедры индивидуальной и групповой психотерапии факультета консультативной и клинической психологии МГППУ, Москва, Россия.
E-mail: tatiana-bor@yandex.ru

Стрельцов Владимир Владимирович — кандидат психологических наук, старший научный сотрудник группы изучения психологических проблем туберкулёза Центрального научно-исследовательского института туберкулёза, Москва, Россия.
E-mail: vvst-64@mail.ru

Семенов Виктор Владимирович — кандидат психологических наук, директор Института групповой психотерапии и социального проектирования, член-учредитель и старший тренер Федерации Психодраматических Тренинговых Институтов России, Москва, Россия.
E-mail: vicsem@mail.ru

Холмогорова Алла Борисовна — доктор психологических наук, профессор, заведующая лабораторией клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии — филиала ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России, и.о. декана факультета консультативной и клинической психологии ГБОУ ВПО МГППУ, Москва, Россия.
E-mail: Kholmogorova-2007@yandex.ru

Черникова Татьяна Михайловна — педагог-психолог ГБОУ СОШ № 1021 г. Москвы, аспирант МГППУ, Москва, Россия.
E-mail: tmchernikova@yandex.ru

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Василюк Федор Ефимович — доктор психологических наук, профессор
Гаранян Наталья Георгиевна — зам. главного редактора, доктор психологических наук, профессор

Филиппова Елена Валентиновна — кандидат психологических наук, доцент

Майденберг Эмануэль (США) — PhD, Clinical Professor of Psychiatry

Шайб Питер (Германия) — PhD

Зарецкий Виктор Кириллович — кандидат психологических наук

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Джудит Бек (США) — PhD

Бондаренко Александр Федорович (Украина) — доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент национальной АПН Украины

Гиппенрейтер Юлия Борисовна — профессор кафедры общей психологии факультета психологии МГУ 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.

Пристатейные библиографические списки, оформленные в соответствии с ГОСТ на русском языке и The Chicago Manual of Style на английском языке (примеры оформления на сайте www.pk.mgppu.ru).

5. Информация об авторах:

ФИО, страна, город, ученое звание, ученая степень, место работы, должность, членство в профессиональных сообществах и ассоциациях, научные интересы, дата рождения, контактная информация (тел., факс, e-mail, сайт), фото в электронном виде (100 × 100, 300 dpi).

В случае, если материал предоставляется несколькими авторами, необходимо предоставить информацию обо всех авторах.

6. Рисунки, таблицы и графики необходимо дополнительно предоставлять в отдельных файлах. Рисунки и графики должны быть в формате *.eps или *.tiff (с разрешением не менее 300 dpi на дюйм). Таблицы сделаны в WORD или EXCEL.

Редакционные правила работы с материалами

1. Публикация в журнале является бесплатной.

2. Материалы, поступившие в редакцию, проходят обязательное рецензирование.

3. Решение о публикации принимается редколлегией на основании отзывов рецензентов.

4. Рецензентов назначает редколлегия журнала.

5. В случае отрицательных отзывов рецензентов автору направляется письменный обоснованный отказ.

6. Несоответствие материалов формальным требованиям является основанием для отправки материала на доработку автору.