

**Сборник научных статей  
по материалам Всероссийской,  
с международным участием,  
научно-практической конференции:**

**«ЖИЗНЬ ПОСЛЕ ТРАВМЫ:  
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ,  
ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ  
И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ  
АСПЕКТЫ»**



**27-28 октября 2023 года,  
НОЧУ ВО «Московский институт  
психоанализа»,  
г. Москва, Россия**

**МОСКОВСКИЙ ИНСТИТУТ  
ПСИХОАНАЛИЗА**

---

**«ЖИЗНЬ ПОСЛЕ ТРАВМЫ:  
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ,  
ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ  
И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ»**

**СБОРНИК НАУЧНЫХ СТАТЕЙ  
ПО МАТЕРИАЛАМ ВСЕРОССИЙСКОЙ,  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ,  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ.**

**27–28 ОКТЯБРЯ 2023 ГОДА,  
г. МОСКВА, РОССИЯ**

**КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ**

Под общей редакцией  
Д.А. Донцова (отв. ред.-сост.),  
Л.В. Сенкевич, С.В. Рязанцевой

Московский институт психоанализа  
Москва  
2024

УДК 159.91  
ББК 88.7

*Печатается по решению учёного совета  
Московского института психоанализа*

Ж71

**Общая редакция:**

Д. А. Донцов (отв. ред.-сост.), Л. В. Сенкевич, С. В. Рязанцева

**Коллектив авторов**

Ж71

Жизнь после травмы: клинико-психологические, феноменологические и нейропсихологические аспекты : Сборник научных статей по материалам Всероссийской, с международным участием, научно-практической конференции / Коллектив авторов ; Под общ. ред. Д.А. Донцова (отв. ред.-сост.), Л.В. Сенкевич, С.В. Рязанцевой. — Москва : Московский институт психоанализа, 2024. — 502 с. (Электронное издание сетевого распространения).

**ISBN 978-5-7312-0476-7**

Настоящий сборник научных статей составлен по научно-практическим материалам Всероссийской, с международным участием, научно-практической конференции «ЖИЗНЬ ПОСЛЕ ТРАВМЫ: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ», состоявшейся 27-28 октября 2023 г. в г. Москва, в Московском институте психоанализа. В сборнике научных трудов рассматриваются современные проблемы науки и практики применения результатов психологических исследований. Ответственность за аутентичность и точность цитат, имён, названий и иных сведений, а также за соблюдение законодательства об интеллектуальной собственности несут авторы публикуемых материалов.

*Ключевые слова: жизнь, деятельность, травма, психотравма, психологическая травма, психология, клиническая психология, патопсихология, нейропсихология, психологическое сопровождение, кризисы, возраст, экзистенция, феноменология, системность, диагностика, психодиагностика, клинико-психологическая диагностика, патодиагностика, нейродиагностика, психотерапия, личностные расстройства, методы, технологии, психосоматика, стресс, ПТСР, нарушения, отклонения, реабилитация, ЧМТ, реадaptация, здоровье, психологическое консультирование, психокоррекция, психологическое здоровье, народонаселение, психологическая помощь, психическое здоровье, социальное здоровье, психологическая поддержка.*

**УДК 159.91  
ББК 88.7**

**ISBN 978-5-7312-0476-7**

© Коллектив авторов., 2024

© Московский институт психоанализа, 2024

## **СОДЕРЖАНИЕ**

<b>ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА</b> .....	<b>4</b>
<b>СЕКЦИЯ 1. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРИ ВОЗРАСТНЫХ, ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫХ И ТРАВМАТИЧЕСКИХ КРИЗИСАХ: СИСТЕМНО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД</b> .....	<b>9</b>
<b>СЕКЦИЯ 2. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ ЭНДОГЕННЫХ, ПСИХОТРАВМ И ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ</b> .....	<b>130</b>
<b>СЕКЦИЯ 3. МЕТОДЫ И ТЕХНОЛОГИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ТРАВМЫ, ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ И СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ</b> .....	<b>213</b>
<b>СЕКЦИЯ 4. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ РАЗВИТИЯ, РОДОВЫХ ТРАВМАХ, ЧМТ И ДРУГИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МОЗГА</b> .....	<b>390</b>
<b>СЕКЦИЯ 5. ПРОГРАММЫ ПОДДЕРЖКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ФИЗИЧЕСКОГО, ПСИХИЧЕСКОГО, ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ</b> .....	<b>425</b>
<b>РЕДАКТОРЫ НАУЧНЫХ СТАТЕЙ В СБОРНИКЕ</b> .....	<b>485</b>
<b>АВТОРЫ НАУЧНЫХ СТАТЕЙ В СБОРНИКЕ И НАЗВАНИЯ СТАТЕЙ ДАННЫХ АВТОРОВ СОГЛАСНО СЕКЦИЯМ КОНФЕРЕНЦИИ</b> .....	<b>486</b>
<b>ФИО И РЕГАЛИИ АВТОРОВ СТАТЕЙ ДАННОГО СБОРНИКА ПО АЛФАВИТУ</b> .....	<b>492</b>

## ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Приводим нижеследующую информацию в качестве развернутой аннотации к данному сборнику научных статей коллектива авторов, составленному по итогам научного мероприятия: «Жизнь после травмы: клинико-психологические, феноменологические и нейропсихологические аспекты», — Всероссийской, с международным участием, научно-практической конференции, прошедшей в городе Москва, проведённой в Московском институте психоанализа, в октябре 2023 года.

Таким образом, настоящий сборник научных трудов составлен по результатам, по научно-методологическим, научно-практическим и научно-методическим материалам, Всероссийской, с международным участием, научно-практической конференции «ЖИЗНЬ ПОСЛЕ ТРАВМЫ: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ», состоявшейся 27-28 октября 2023 года в г. Москва, в Негосударственном образовательном частном учреждении высшего образования «Московский институт психоанализа» (везде далее – НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа», или НОЧУ ВО «МИП», или «МИП»).

*В этом сборнике научно-практических трудов рассматриваются современные проблемы психологической науки и практики применения результатов психологических исследований. Ответственность за аутентичность и точность цитат, имен, названий и иных сведений, а также за соблюдение законодательства об интеллектуальной собственности, включая вопросы плагиата, – несут именно авторы публикуемых материалов.*

**Ключевые слова в данном сборнике:** жизнь, деятельность, травма, психотравма, психологическая травма, психология, клиническая психология, патопсихология, нейропсихология, психологическое сопровождение, кризисы, возраст, экзистенция, феноменология, системность, диагностика, психодиагностика, клинико-психологическая диагностика, патодиагностика, нейродиагностика, психотерапия, личностные расстройства, методы, технологии, психосоматика, стресс, ПТСР, нарушения, отклонения, реабилитация, ЧМТ, реадaptация, здоровье, психологическое консультирование, психокоррекция, психологическое здоровье, народонаселение, психологическая помощь, психическое здоровье, социальное здоровье, психологическая поддержка.

*Настоящий сборник научных и научно-практических статей предназначен для:*

*а) студентов бакалавриата, специалитета, магистратуры, аспирантуры, профессиональной переподготовки и повышения квалификации всех психологических и медицинских специальностей и направлений подготовки;*

*б) профессионалов-психологов: психологов-консультантов, психологов-психотерапевтов, психологов-психодиагностов, преподавателей практико-ориентированных психологических дисциплин, научных сотрудников-психологов, специалистов по общей психологии и психологии личности, возрастных психологов, клинических психологов, а также социальных, педагогических, служебных, военных, управленческих, транспортных, спортивных, пенитенциарных, кризисных и экстремальных психологов, и всех других специалистов – практических психологов;*

*в) специалистов-медиков, дипломированных врачей всех специальностей и направлений подготовки.*

Итак, в этом сборнике научных статей для практических психологов, общих и клинических психологов, научных работников, преподавателей, аспирантов, студентов психологических и медицинских специальностей и направлений подготовки, а также для всех медицинских и клинических специалистов приведены научно-практические клинико-психологические труды с целью коллегиального использования и применения результатов и выводов настоящих психологических исследований в профессиональной деятельности, в практической работе, в научной работе, в учебной, образовательной деятельности.

*Таким образом, в представленном сборнике трудов научно-практической профессиональной психологической и клинико-психологической направленности, предметно рассматриваются и интерпретируются следующие основные аспекты, согласно направлениям работы (секциям) вышеназванной конференции.*

**Секция 1.** Психологическое сопровождение при возрастных, экзистенциальных и травматических кризисах: системно-феноменологический подход.

**Руководитель секции:** Рязанцев Александр Николаевич, аспирант ФГБОУ «Российский государственный социальный университет», практический психолог, директор ООО «Институт системных технологий и консультирования».

**Секция 2.** Клинико-психологическая диагностика и психотерапия эндогенных, психотравм и личностных расстройств.

**Руководитель секции:** Сенкевич Людмила Викторовна, кандидат психологических наук, доцент кафедры основ клинического психоанализа факультета психоанализа НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа».

**Секция 3.** Методы и технологии психосоматической терапии травмы, посттравматических и стрессовых расстройств.

**Руководитель секции: Ковпак Дмитрий Викторович**, врач-психотерапевт, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова, ректор Международного института развития когнитивно-поведенческой терапии.

**Секция 4. Нейропсихологическая диагностика и реабилитация при нарушениях развития, родовых травмах, ЧМТ и других повреждениях мозга.**

**Руководитель секции: Султанова Альфия Сергеевна**, клинический психолог, доцент, кандидат психологических наук, научный руководитель и ведущий специалист Центра нейропсихологической помощи детям и подросткам «Здоровое поколение», соучредитель Национальной ассоциации нейропсихологов.

**Секция 5. Программы поддержки и реабилитации физического, психического, психологического и социального здоровья населения в современных условиях. Секция подготовлена и проведена при организационно-методической поддержке экспертов Союза «Здоровье Здоровых», Профессионального сообщества практик превентивной медицины Агентства стратегических инициатив и Международного клуба лидеров индустрии и культуры ЗОЖ.**

**Руководитель секции: Чудаков Сергей Юрьевич**, кандидат медицинских наук, федеральный координатор сообщества практик превентивной медицины АНО «Агентство стратегических инициатив по продвижению новых проектов».

**В настоящем сборнике научных трудов, научно-практические статьи представлены по названным направлениям работы (секциям) данной конференции согласно основному смысловому содержанию этих параметров, то есть именно в той последовательности, которая тематически в большей степени соответствует им как основополагающим аспектам рассмотрения психологических исследований в указанном спектре изучаемой области (сферы) профессиональной деятельности.**

Ответственный редактор-составитель данного сборника научных статей — Донцов Дмитрий Александрович. Общая редакция и составление этого сборника научных статей: Донцов Д.А., Сенкевич Людмила Викторовна, Рязанцева Светлана Викторовна.

Место проведения настоящей Всероссийской, с международным участием, научно-практической конференции «Жизнь после травмы: клинико-психологические, феноменологические и нейропсихологические аспекты»: НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа», город Москва, Россия. Дата проведения данной конференции: 27–28 октября 2023 года.

### **Организаторы конференции:**

- Московский институт психоанализа (МИП), г. Москва;
- Российский Государственный Социальный Университет (РГСУ), г. Москва;
- Институт системных технологий и консультирования (ИСТИК), г. Санкт-Петербург;
- Национальная ассоциация нейропсихологов (НАН), г. Москва;
- Международная ассоциация супервизоров, системных консультантов-психологов и феноменологов (МАССКИФ), г. Санкт-Петербург.

**Цель конференции:** обсуждение актуальных вопросов по тематике психологических травм, возникающих у специалистов разных психологических и медицинских отраслей и сфер деятельности, сталкивающихся в своей практике с людьми, пережившими и/или переживающими разнообразные формы психотравм, а также обмен опытом между представителями российских и других психологических подходов и технологий, раскрывающими в своей работе с травмой клинико-психологические, феноменологические и нейропсихологические параметры травматизации и применяющими практический инструментарий в данной области деятельности.

### **Программный комитет конференции:**

Председатель: Сурат Лев Игоревич, кандидат экономических наук, доцент, ректор НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа».

Члены программного комитета:

Демидов Александр Александрович, кандидат психологических наук, доцент кафедры общей психологии, первый проректор НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа»;

Сенкевич Людмила Викторовна, кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры основ клинического психоанализа факультета психоанализа НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа»;

Петрова Елена Алексеевна, доктор психологических наук, профессор, президент «Национальная ассоциация нейропсихологов», декан факультета политических и социальных наук ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет»;

Рязанцев Александр Николаевич, аспирант ФГБОУ «Российский государственный социальный университет», директор ООО «Институт системных технологий и консультирования»;

Чудаков Сергей Юрьевич, кандидат медицинских наук, федеральный координатор сообщества практик превентивной медицины АНО «Агентство стратегических инициатив по продвижению новых проектов».

### **Организационный комитет конференции:**

Председатель: Донцова Маргарита Валерьевна, кандидат психологических наук, доцент, заведующий кафедрой консультативной психологии факультета психотерапии и психологического консультирования НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа».

Члены организационного комитета:

Политова Светлана Павловна, кандидат психологических наук, доцент, руководитель научно-исследовательского отдела, учёный секретарь Учёного совета НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа»:

Рязанцева Светлана Викторовна, аспирант ФГБОУ «Российский государственный социальный университет», директор ассоциации «Международная ассоциация супервизоров, системных консультантов-психологов и феноменологов»;

Поляков Юрий Владимирович, руководитель департамента маркетинга и рекламы НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа»;

Донцов Дмитрий Александрович, кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры методологии психологии факультета психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»;

Трофимова Наталья Борисовна, аспирант ФГБОУ «Российский государственный социальный университет», клинический психолог, нейропсихолог, генеральный директор сети интегративных центров нейропсихологии и ранней коррекции «Достижение», директор «Национальная ассоциация нейропсихологов»;

Шамбазов Марат Айратович, преподаватель кафедры основ клинического психоанализа НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа»;

Савченко Дмитрий Владимирович, кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры психологии, конфликтологии и бихевиористики факультета политических и социальных наук ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет».

### **Информационные и деловые партнёры конференции:**

Издательство «Альпина-Пабlishер»;

Издательский дом «Питер»;

Маркет-плейс образовательного контента «Соционом»;

Институт прикладных социальных технологий;

Компания «Иматон»;

СРО «Здоровье здоровых»;

Онлайн-школа практической психологии «Феномен»;

Психологическая газета «Золотая лестница».

## СЕКЦИЯ 1.

### Психологическое сопровождение при возрастных, экзистенциальных и травматических кризисах: системно-феноменологический подход

*Руководитель секции: Рязанцев Александр Николаевич, аспирант ФГБОУ «Российский государственный социальный университет», практический психолог, директор ООО «Институт системных технологий и консультирования».*

**Рязанцев Александр Николаевич**

#### **ЗАБОТА О ДЕТЯХ ИЗ ЗОН ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ: АКТУАЛЬНЫЕ ЗНАНИЯ И ОПЫТ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ, С ЦЕЛЮ РАЗВИТИЯ СПЕЦИФИЧЕСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ У ЗНАЧИМЫХ ВЗРОСЛЫХ И ПОМОГАЮЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ**

**Аннотация.** В статье приводится авторский подход и его апробации при работе с детьми из зон военных действий, с осиротевшими детьми, с детьми, находящимися в разлуке с родителями – участниками СВО. Проведены наблюдения и сделаны первичные выводы о данных группах детей с точки зрения заботы и создания благополучия в их жизни с направленностью на способность данных детей выстраивать безопасное и автономное будущее. При оказании психологической помощи указанным категориям детей у них наблюдается «застревание» в прошлом, отложенное агрессивное и аутоагрессивное поведение, синдром «выжившего» и т.п.

**Ключевые слова:** забота, разлука, агрессивное и аутоагрессивное поведение, синдром «выжившего», вина, печаль, жалость, страх, гнев, дети, родители, психологическая помощь, дети из районов проведения СВО.

В чём актуальность темы данной статьи? В том, что забота о детях из зон военных действий требует новых специальных знаний и выверенного на практике опыта психологической помощи этим детям. Наряду с этим требуется и психологическое обучение, и личностная подготовка как значимых для этих детей окружающих близких взрослых, так и всех помогающих этим детям специалистов.

Сегодня в обществе наблюдается довольно высокий тревожный фон, и дети не могут его не замечать. Что можно сделать, чтобы снизить уровень страха, тревоги, агрессии и аутоагрессии у детей и подростков?

В интернет-статье Ксении Набаткиной от 19 декабря 2022, под названием: «Они боятся громких звуков, переживают за свое будущее», приве-

дены слова Уполномоченного по правам ребенка Марии Львовой-Беловой о новых семьях для детей из зоны СВО и о важности для них объятий близких значимых взрослых в процессе общения и воспитания. В частности, Мария Львова-Белова отметила следующее: «Мы недавно провели исследование, опросив 300 тысяч респондентов. Опрашивали подростков, родителей, специалистов, работающих с детьми и подростками. Один вопрос касался будущего. Более 50% детей сказали, что они его боятся. Но 90% надеются, что оно будет в основном хорошим. Мне кажется, что от нас, взрослых, сейчас зависит, как будут чувствовать себя дети. Мы можем сколько угодно заниматься работой с привлечением психологов. Но ценна чуткость, когда мы обнимаем, целуем детей, разговариваем с ними о том, что мы рядом, готовы поддержать во всех переживаниях, поисках. Отдельная задача – подготовка специалистов, которые могут работать с детьми и подростками. Это не только психологи, но и педагоги, специалисты уличной службы, которую мы активно продвигаем. Это когда группа подготовленных кадров, молодые ребята – психологи, педагоги – выходят на улицы в места скопления подростков, вступают с ними в контакт, в доверие, общаются, показывают альтернативные формы занятости, рассказывают о досуге, который им доступен. Сейчас мы стараемся создать такую инфраструктуру – поддерживающее сообщество, особенно для подростков, потому что это самый уязвимый возраст поиска себя» [3].

Отмечу то, что вышеизложенное социологическое исследование является основанием для психолого-педагогического разбора данной темы и разработки концепции психологического консультирования, практики сопровождения данных категорий детей и особенно подготовки помогающих им специалистов.

Точно стоит начать с понятия, что же является заботой. Забота – это беспокойство, обременительное дело; усердные хлопоты, беспокойное или радушное попечение кого-либо или чего-либо. Чтобы забота была эффективной и принесла желаемый результат, важно знать следующие профессионально важные общепсихологические и клиничко-психологические аспекты.

*Аффективно-шоковые реакции.* Острые шоковые реакции описывались К. Kleist (1917) под названием «психозы ужаса» (Schreckpsychosen), но в литературе фигурируют также такие определения, как *эмотивный шок, острые аффектогенные реакции, кризисные реакции, реакции экстремальных ситуаций*. Во всех этих случаях речь идет о транзиторных расстройствах значительной тяжести с резкими эндокринными и вазомоторными сдвигами, развивающимися у лиц без психической патологии в экстремальных условиях. В качестве реализующих стрессовых факторов выступают ситуации, опасные для жизни или благополучия: стихийные бедствия (землетрясения, наводнения), экологические катастрофы, ава-

рии, пожары, кораблекрушения, события боевой обстановки (артиллерийский обстрел, атаки противника), приводящие к большим разрушениям, вызывающие смерть, ранения, страдания большого числа людей [5].

*Острое стрессовое расстройство, также известное как острая стрессовая реакция, психологический шок, психический шок* – это психологическая реакция на ужасающий, травмирующий или неожиданный опыт. Оно может вызвать замедленные или посттравматические стрессовые реакции (ПТСР) [5].

Шок – это патологический процесс. Исходной эмоцией в переживании шока является горе, нет ничего удивительного в том, что человек, переживая горе, может испытывать гнев и враждебные чувства [2, С. 53].

У детей и подростков (как один из симптомов ПТСР) может появляться «вина выжившего». Мне видится очень важным определить, что является первопричиной проживания травмы. Мною (при использовании в своей работе системно-феноменологической психотерапии Б. Хеллингера) четко просматривается феномен нарушения системных связей. Теряются границы принадлежности ребенка, которые заставляют его с тревогой и страхом смотреть в прошлое [1].

Мой опыт работы с такими детьми четко обозначил то, что травматичное событие, приведшее ребенка к ситуации «здесь и сейчас», без эмоционального переживания и проживания, не дает ему возможности сделать разворот в будущее. Отсюда и возникают факторы эмоциональной привязанности к событию, которые оказываются сильнее понимания и желания смотреть в свое будущее. В ходе психологического консультирования и психотерапии с такими детьми четко вырисовываются эмоциональные якоря, которые необходимо «отцепить» для движения вперед. Прежде всего сильно выраженными или сильно скрываемыми и подавляемыми чувствами являются: Печаль-Жалость, Страх, Гнев, Вина, Справедливость, Смирение, – которые и формируют социальное безразличие, апатию, жалость к себе. Отсюда и мнение пострадавших в экстремальных ситуациях детей и подростков о том, что им все окружающие все должны, их агрессивное поведение, неприятие ими реальности, аутоагрессивное отношение к себе [4].

Сразу после травмы на начальном этапе у детей обычно появляются следующие симптомы: нарушения сна, ночные кошмары, навязчивые мысли о травматической ситуации, уверенность в том, что травматическая ситуация может повториться, повышенная тревожность, сильная реакция на любой стимул или ситуацию, символизирующую травму, психофизиологические нарушения [4].

У младших детей часто проявляются тенденции: к регрессивному поведению (энурез, сосание пальца и проявления большей зависимости от родителей, страх разлуки с родителями, страх перед незнакомыми людьми

ми, утрата имевшихся навыков), раздражительность, компульсивное поведение. Эти же симптомы могут возникать не сразу после травмы, а спустя довольно продолжительное время [4].

Кроме того, дети могут не говорить о своих переживаниях, связанных со стихийными экстремальными событиями, а также с их присутствием в зоне боевых действий, с утратой родителей и пр. Поэтому необходимо обращать внимание на нижеследующие невербальные признаки нарушений.

*1. Нарушения сна, которые продолжаются дольше, чем несколько дней после травмы. При этом сны, напрямую связанные с травматической ситуацией, могут отсутствовать.*

*2. Страх разлуки с родителями, «цепляющееся» поведение.*

*3. Страх при появлении стимула (места, человека, телевизионной передачи и т.п.), связанного с травматическим переживанием.*

*4. Соматические жалобы, неуверенность в собственном здоровье.*

*5. Повышенная тревожность, проявляющаяся дома или в школе, связанная со страхами или фрустрирующими обстоятельствами [4].*

Следующим фактором исследования могут быть формы поведения родителей и других ближайших родственников этих детей, насколько они сами включены в реальность жизни и собственную витальную безопасность, что они транслируют детям в этом состоянии; или близкий взрослый вовсе будет уклоняться от своей ответственности за происходящее с ребенком. Деятельность психологов также имеет значение в том по какому пути реабилитации пойдет ребенок [4].

Боевые и военные действия оказывают травмирующее влияние не только на детей, непосредственно при них присутствовавших, а так же на участвующих в боевых действиях родителей детей (дети, родившиеся у матерей, переживших такие события, отличаются задержками эмоционального и моторного развития [4]).

Стрессовое расстройство может стать чрезвычайно фрустрирующим событием: оно означает для ребенка утрату эмоционально значимых отношений, неосуществимость задуманных планов и желаний, исполнение которых в той или иной мере зависело от прошлой жизни. Резкое изменение жизненного стереотипа, крушение надежд и ожиданий могут вызывать у детей гневные чувства, а в случае накопленного – подавленного гнева – агрессию и аутоагрессию [4].

Переживание стресса еще более усложняется тогда, когда помимо печали и гнева задействованы другие эмоции, объяснить которые бывает довольно сложно, и которые плохо поддаются контролю. Именно этот скрытый процесс переживания травмы и является самым сложным для распознавания и реабилитации. Сама по себе стандартная форма реабилитации мало эффективна [4].

Еще один аспект исследования связан с практикой выявления вида печали: печаль-безразличие, печаль-разочарование, печаль-уныние, печаль-горе, печаль-скорбь, печаль-жалость, печаль-грусть. Практика показывает, что проживание печали возможно только по линии печаль – горе (душевная боль). Именно здесь важно сделать акцент на положительных функциях печали [4].

Положительные функции печали таковы.

1. Пережить смерть близкого человека (людей) можно только через печаль (авторская методика А.Н. Рязанцева проживания горя-утраты).

2. Печаль дает возможность «оглянуться назад». Замедление психических и соматических процессов, которыми сопровождается эмоция печали, позволяет по-новому взглянуть на мир, увидеть его иначе.

3. В печали можно осознать про упущенные возможности и встретиться с чувством вины, что поможет иначе относиться к жизни сейчас и в будущем.

4. Печаль напоминает, как важно оказывать знаки внимания дорогим людям, ощутить ценность жизни.

5. Эмоция печали выполняет коммуникативную функцию, она сообщает самому человеку и окружающим его людям о дисгармонии. Выражая печаль, человек дает понять, что ему плохо и он нуждается в помощи.

6. Печаль, как и любая другая эмоция, выполняет мотивационную функцию, она может вызвать желание восстановить или упрочить связи с людьми.

7. Печаль, вызванная разочарованием или беспомощностью, побуждает к решению проблемы. Отрицание печали, подавление ее переживания причиняет человеку вред, так как снижает или отключает мотивацию для личностного роста.

8. Печаль играет важную роль в формировании и развитии механизмов ЭМПАТИИ. 9. Глубокую печаль можно пережить только среди людей. Один на один с собой переживание печали ведет к депрессии и суицидальным намерениям.

10. Печаль – это «обязательная» отсроченная реакция на последствия пребывания в эпицентре войны, вызывающего такие феномены, как «синдром выжившего» и другие фрустрационные комплексы [4].

Другой эмоциональный процесс и его проживание связаны со страхом. Здесь самый сильный страх у детей, как я отмечаю, связан с потерей связей с родителями, близкими людьми. Сначала проживание в своей семье и на родной территории с ними, которое легло в основу психологической устойчивости и безопасности, а затем смена места жительства и окружение другими людьми – и детьми и взрослыми. Этот сильный страх потери принадлежности очень глубоко проникает в душу ребенка. Это страх всячески прячется и «избегается» в поведении через агрессивные выбросы [4].

Интенсивное переживание страха запоминается надолго. Проблема контроля над эмоцией страха, особенно в случае фобий, до сих пор остается до конца не решенной в психологии как науке о человеческом поведении [4].

Страх нельзя отождествлять с тревогой. *Страх* – это совершенно определенная, специфичная эмоция, заслуживающая выделения в отдельную категорию. Рассмотрение страха как специфичной эмоции позволяет отделить его от феномена тревоги [4].

*Тревога* – это комбинация, или паттерн эмоций, и эмоция страха лишь одна из них [4].

Рассмотрение страха как отдельной эмоции, отличной от феномена тревоги, позволяет проанализировать специфическое влияние страха на когнитивные процессы и поведенческие акты, а также особенности его взаимодействия с другими эмоциями [4].

Краткое рабочее определение: *страх складывается из определенных и вполне специфичных физиологических изменений, экспрессивного поведения и специфического переживания, проистекающего из ожидания угрозы или опасности. У маленьких детей ощущение угрозы или опасности сопряжено с физическим дискомфортом, с неблагоприятием физического «Я», а страх, которым они реагируют на угрозу, – это боязнь физического повреждения [4].*

Страх сам для себя является активатором. Переживая страх и выражая его в поведении, ребенок получает обратную связь от собственной эмоциональной экспрессии, и это может усиливать его страх. В этом смысле само по себе переживание страха пугает ребенка [4].

За какими внешними и внутренними факторами скрывается эмоция страха?

1. *Боль и антиципация* (предвосхищение, предугадывание, ожидание наступления события) боли. Боль, первый и важнейший из естественных активаторов страха, воистину хороший учитель. Страх, вызванный ожиданием боли, чрезвычайно ускоряет процесс научения. Любой объект, событие или ситуация, связанные с переживанием боли, могут стать условными стимулами, повторная встреча с которыми напоминает ребенку о прошлой ошибке и о переживании боли. Исследовав, как это работает в жизни человека, можно выработать методику феноменологии появления страха для каждого травматического случая и создать методы эффективной помощи и вывода человека из переживания страха, как ограничивающего фактора жизни.

2. *Одиночество*. Другим естественным активатором страха является одиночество. Зачастую, оставаясь в одиночестве, дети, находившиеся в условиях боевых действий (бомбежка, артиллерийская атака и т.п.) ощущают угрозу своей безопасности, но стоит им оказаться среди людей, как

страх отступает. Старая пословица гласит: «На миру и смерть красна». Как всякое обобщение, эта народная мудрость применима далеко не всегда, но мысль, заключенная в ней, безусловно, заслуживает внимания.

3. *Когнитивные процессы.* Страх (как и любая другая эмоция) может быть результатом когнитивной оценки ситуации как потенциально опасной; когнитивные процессы довольно часто отражают не реальную угрозу, а вымышленную, в результате чего человек начинает бояться ситуаций, не представляющих реальной угрозы, или слишком многих ситуаций, или жизни вообще. Воспоминание о пережитом страхе или ожидание страха само по себе может быть активатором страха. Если человек ошибочно воспринимает другого человека как источник угрозы, он может испытывать страх не только при реальной встрече с ним, но и когда думает о нем или ожидает его увидеть. Таким образом, человек, предмет или ситуация могут стать источником страха в результате: а) формирования гипотез (воображаемых источников вреда), б) ожидания вреда, в) непосредственного столкновения со сконструированным (воображаемым) объектом страха [4].

### *СУБЪЕКТИВНОЕ ПЕРЕЖИВАНИЕ СТРАХА*

*Страх* – очень сильная эмоция, и она оказывает весьма заметное влияние на перцептивно-когнитивные процессы и поведение индивида. Когда человек (ребенок в особенности) испытывает страх, его внимание резко сужается, заостряясь на объекте или ситуации, сигнализирующей об опасности. Интенсивный страх создает эффект туннельного восприятия, что существенно ограничивает восприятие, мышление и свободу выбора. Кроме того, страх ограничивает свободу поведения человека. Можно сказать, что в страхе человек перестает принадлежать себе, он движим одним-единственным стремлением – устранить угрозу, избежать опасности [4].

*Вина.* Проведя сравнительный анализ подходов к воспитанию ребенка, бытующих в различных культурах, я обратил внимание, что чувство вины является одним из базовых условий выживания человека. И самым сильным феноменом переживания вины является тот факт, что человека вина привязывает к случившемуся событию. Практика работы с людьми, переживающими травму потери, смену жизненных условий и потерю автономии показала, что чувство вины действует скрыто, и именно это чувство формирует тенденцию к суициду [4].

Вина ложится на сердце тяжелым грузом. Если эмоции страха и гнева временно затуманивают рассудок, то эмоция вины, напротив, стимулирует мыслительные процессы, как правило, связанные с осознанием провинности и с перебором возможностей для исправления ситуации. Не так-то просто признать свой проступок. Зачастую, для того чтобы прочувствовать вину и испытать желание искупить ее, человеку необходимо снова и

снова в памяти и в воображении представить себе событие, связанное с его жизненной ситуацией. Именно это воспоминание вытесняется воображением о будущем и формулой, что все будет хорошо [4].

Синдром вины выжившего – один из аспектов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) как тяжелого, угнетенного, психического состояния. Человек с ПТСР стремится избегать ситуаций, которые могут напомнить о травме, но при этом время от времени заново переживает стрессовые события через навязчивые сны, воспоминания и анализ ситуации снова и снова, провоцируя у себя чувство вины [4].

Эта ВИНА является источником агрессивного поведения и возможного самоубийства, как стремления понести «заслуженное» наказание [4].

Способность и готовность совести обрести невинность, является выходом из «вины выжившего» [4].

### **Выводы**

1. Практика психологической работы и наблюдение за детьми из зон военных действий показывают, что самым сложным процессом реабилитации, восстановления себя и построения будущего является изменение социальных связей и социальной принадлежности. От родного и близкого окружения к окружению чужих людей, даже имеющих желание помочь, профессию, которая обязывает оказывать такую помощь.

2. Этот тяжелый переход из одних жизненных условий к другим проживается через горе, страх, гнев, печаль и вину.

3. Взрослые (приемные родители, усыновители и т.п.), специалисты помогающих профессий: психологи, воспитатели, учителя – должны иметь соответствующую подготовку для эффективной работы по сопровождению таких детей.

4. С целью предупреждения эмоционального и профессионального выгорания значимые взрослые и помогающие специалисты должны регулярно проходить групповые и индивидуальные формы психокоррекции своего эмоционального состояния и поведения.

### **Литература**

1. Вебер Г. Два рода счастья. Системно-феноменологическая психотерапия Б. Хеллингера. – М.: Институт консультирования и системных решений, 2014. – 250с.
2. Изард К. Психология эмоций. – СПб.: Питер, 2009. – 460с.
3. Набаткина К. Они боятся громких звуков, переживают за свое будущее. 19 декабря 2022. <https://iz.ru/1441845/kseniia-nabatkina/oni-boiatsia-gromkikh-zvukov-perezhivaiut-za-svoe-budushchee> (Дата обращения: 19.12.2023).

4. Рязанцев А.Н. Принять и пережить потерю, горе, утрату. Как научиться снова радоваться жизни. – М.: Альпина Паблишер, 2021. – 109с.
5. Смулевич А.Б., Ротштейн В.Г. Психогенные заболевания. Клинические проявления. Острая реакция на стресс (аффективно-шоковая реакция). – М.: НПЗ РАМН, 2007. – 165 с.

**Рязанцев Александр Николаевич**

**СИСТЕМНО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД  
В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С МАССОВОЙ ТРАВМОЙ  
И ГОРЕМ (ПО ОПЫТУ РАБОТЫ С РОДСТВЕННИКАМИ  
МОРЯКОВ, ПОГИБШИХ НА АТОМНОЙ ПОДВОДНОЙ ЛОДКЕ  
«КУРСК»)**

**Аннотация.** В статье приведено авторское комплексное изложение научно-методологических и методико-технологических аспектов системно-феноменологического подхода в контексте психолого-психотерапевтической деятельности в работе с массовой психологической травмой и коллективным гореванием. Помимо воззрений автора, в данной статье рассмотрены и учтены в содержательно-смысловом плане положения таких авторов, как К. Изард, Э. Кюблер-Росс, К. Левин, Б. Хеллингер, Г. Вебер, Х. Хекхаузен, и др.

**Ключевые слова:** системно-феноменологический подход, массовая психологическая травматизация, групповое переживание горя, военнослужащие, военные моряки, военные моряки-подводники, психологическая работа, психологическая коррекция, психологическое консультирование, психологическая помощь.

В известной книге «Психология эмоций», в главе 10, названной «Печаль, горе, депрессия» К. Изард пишет ровно следующее: «Большинство ученых, как теоретиков, так и экспериментаторов, согласны с тем, что преобладающей эмоцией в горе является печаль и что главной причиной горя служит утрата. Утрата может быть временной (разлука) или постоянной (смерть), реальной или воображаемой, физической или психологической. Детерминанты горя можно условно разделить на биологические, социокультурные и психологические, хотя эти факторы тесно связаны между собой и взаимодействуют друг с другом. Некоторые из них также играют немаловажную роль в интеракциях "горе ↔ когнитивный процесс ↔ поведение", характеризующих конкретного индивида или социальную

матрицу горя. Поскольку феномен горя понимается как взаимодействие печали с другими фундаментальными эмоциями, мы имеем все основания предполагать, что горе детерминировано генетически и выполняет адаптивные функции» [2, С. 213].

Начну, прежде всего, с ключевой позиции системно-феноменологического подхода, который предполагает связь между событиями и называет это «Законом системы или динамики системы или системными переплетениями» [1].

В 1989 году я служил в гарнизоне подводников, а 7 апреля 1989 года затонула атомная подводная лодка «Комсомолец». Сегодня, 34 года спустя, возникает много вопросов и интерес к проведению исследования того, что же на самом деле произошло, и как на это можно смотреть системно, и в чем феноменология данного события. В то, что это произошло с такой уникальной субмариной, никто не мог поверить. Титановый корпус, глубина погружения 1000 метров, экипаж с опытными офицерами, и тем не менее, пожар турбогенератора в отсеке № 7 привел к гибели этой АПЛ [5].

В самом гарнизоне подводников наступил период аффективно-шокового переживания. Все события в гарнизоне сузились до случившейся трагедии. Тогда я был просто офицером, который нес службу в данном гарнизоне. Я был тоже не согласен со случившимся, не принимал это событие, и никак не мог поверить в то, что такое могло случиться с такой уникальной АПЛ. Кроме того, я видел, как рыдают мужчины и женщины, дети, офицеры разного возраста и их жены, хотя в их семье никто не погиб. Подобные переживания захватили и меня самого. Придя на похоронную церемонию в Дом Офицеров, я горько лил слезы вместе со всеми и не мог ничего с собой поделывать. То, что переживалось, было значительно сильнее желания взять процесс своего переживания под контроль. Прошли десятилетия, но мысли и чувства мои часто возвращаются к тому времени с целью изучения феномена массового горя и проведения современных исследований о том, что и как происходит с душами (психикой) людей, оказавшихся в такой жизненной ситуации [5].

Пойдем по хронологии от 1989 года. Спустя 10 лет происходит Чеченская война, в августе 2000 года погибает АПЛ «Курск», затонул пароход «Булгария», в 2014 году происходят события на Донбассе, в феврале 2022 года начинается специальная военная операция на Донбассе, а так же события, связанные со «стрелками» в школах, где погибали дети и учителя. Это только очень крупные события, в которых ярко проявляется феномен массового горевания и переживания травмы потери [5].

Что объединяет все эти события относительно психики и поведения людей? В первую очередь – это феномен несогласия. Все массово не соглашаются с тем, что это событие произошло, и в своей несогласии каж-

дый человек попадает в свой феноменологический процесс аффективного переживания [6].

Изучая эту тему, хочу отметить то, что практически все коллеги-психологи используют очень известный подход к анализу переживания горя, предложенный Элизабет Кюблер-Росс еще в 1969 году. Все исследования и процессы проживания горевания выстраиваются в психологическом анализе относительно предложенных ею этапов или стадий переживания горя каждым отдельным индивидуумом: отрицание, гнев, торг, депрессия, принятие [3].

Согласно моему практическому опыту, феномен массового горя так и остается по существу неизученным, а в концепте Э. Кюблер-Росс есть серьезные упущения [3].

Вообще, при изучении мною почти всех описанных различными авторами моделей переживания горя я не встретил такого феномена, как печаль [5].

При этом, как показывает психологическая практика, печаль проходит три основных трансформации. И от того, прошел человек поступательно эти процессы переживания печали или нет, по смыслу и по содержанию, зависит качество процесса проживания им горевания [5].

Какие это феномены? Печаль-горе, печаль-жалость, печаль – светлая грусть. Каждая из них имеет свои особенности и влияние на то, как будет жить человек, оказавшийся в водовороте своих переживаний и горевания. Причем эти параметры горевания могут присоединяться к любым происходящим вокруг человека событиям и будут связаны с печалью-жалостью. Как показывает практика (хочется провести еще одно исследование на данную тему), присоединение к массовому гореванию происходит именно по причине переживаний у человека печали-жалости [5].

Работая с родственниками погибших моряков на АПЛ «КУРСК», я часто слышал выражение: «как жалко»... Как жалко, что все так произошло, как жалко, что ничего не исправить, как жалко, что все могло быть по-другому, как жалко, что он не успел, как жалко, что он не увидит... И еще много различных жалко вплоть до прямой агрессии: «Сына вернешь? Я: «Нет». «Жалко. Тогда вали отсюда»... [5].

Посмотрим на массовую актуальность психических, психосоциальных и социально-психологических процессов сегодняшнего дня. Феномен печали-жалости устойчиво живет в умах и сердцах людей [5].

Так в чем же я вижу системно-феноменологический подход в проживании горевания людьми? В первую очередь, считаю правильным и профессиональным опираться на феномен переживания опыта, доказанный К. Левиным: «Поведение – есть результат незавершенного действия». Это говорит о том, что люди сталкиваясь с трагедией, не связанной лично с

ними, присоединяются к гореванию, в результате собственного не пережитого горя или горя, не пережитого их близкими людьми [4, 7].

Второй важный феномен: каждый человек уникальным образом переживает событие утраты, исходя из собственного воспитания, полученного в семье (перенятые чувства), личного опыта, приобретенного в жизни, и разнообразных социальных и культурных факторов, проявленных в его реальном окружении [4, 7].

Третий феномен: феномен восприятия горя (утраты) выступает как потеря смысла жизни, поскольку утрачены или размыты ориентиры собственного будущего, которое связано с утратой [4, 7].

Работая с родственниками моряков, погибших на АПЛ «Курск», я обратил внимание на то, что со вторым и третьим феноменом люди готовы встречаться, а вот феномена переживания опыта до факта своей личной потери люди всячески избегают. Наблюдается такой психический процесс избегания встречи с уже имеющейся болью, родственники погибших обесценивают все то, что было до случившейся трагедии в их жизни и жизни погибшего их близкого человека [4, 5, 7].

По опыту службы в ВМФ и опыту организации проведения массовых мероприятий, я знал офицеров, которые управляли всеми процессами в оказании помощи родственникам погибших моряков. И они, зная меня, попросили провести психологическую диагностику женщины – жены замполита экипажа. Тех, кто руководил процессами оказания помощи, смущало и напрягало в ее поведении то, что все приходило на встречи заплаканными, а она всегда приходила на встречи бодрая и с улыбкой. Все стали думать, что у нее началось психическое расстройство. Я встретился с этой женщиной у нее дома, где было еще двое ее детей. Что я узнал? По первому феномену, – есть подобная утрата, которую в этой семье пережили еще задолго до случившейся трагедии, и поведение этой женщины было следствием этой истории: не показывать горе, не быть слабой. По второму феномену, – да, все сильно страдают, и ей жалко этих людей и, как жена замполита, она хотела таким образом демонстрировать силу и веру в продолжение жизни. Однако это ее поведение со стороны окружающих имело совсем другое социальное восприятие. Я ее спросил, плачет ли она? И она ответила, конечно, когда дети спят и никто этого не видит и не слышит. По третьему феномену, феномену выстраивания будущего, в данном случае можно сказать то, что именно о нем больше всего было переживаний, поскольку строились планы, когда закончится служба на Флоте, они переедут жить в другой город, выучат детей, дадут им высшее образование и наконец-то заживут спокойной счастливой жизнью, без выходов в море и тревог. Именно это будущее, которое точно потерялось, вызывало больше всего боли и несогласия. Вопрос, что теперь делать и как жить дальше, казался неразрешимым [4, 5, 7].

Исходя из всего этого опыта работы, я оставил вопрос об исследовании тех феноменов переживания горя, которые определяют потерю устойчивости, веры в собственные силы и возможности и вопрос исследования того, почему такая психологическая величина, как будущее, является переменной, а не постоянной [5].

В основу таких переживаний включаются внутриличностные конфликты, о которых писал в своей работе «Теория поля» К. Левин [4, 7].

Первый конфликт: конфликт между двумя сильными желаниями (Бурдиданов осел) [5].

Второй конфликт: конфликт между сильным желанием и сильным страхом (на елку влезть и не уколоться) [5].

Третий конфликт: конфликт между двумя страхами (Одиссеей между Сциллой и Харибдой) [5].

Четвертый конфликт: конфликт между двумя сильными желаниями и двумя сильными страхами [5].

Как мне видится, если проводить исследования, связанные с переживанием печали и размышлять о том, как они связаны с переживанием внутриличностного конфликта, то можно разработать психологические инструменты влияния и помощи людям, оказавшимся внезапно в ситуации острого горя, утраты. В том числе можно выявить и то, как это угнетенное состояние психики трансформируется в посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) [5].

Следующим феноменом, который для меня открылся в период работы с родственниками погибших моряков, стал феномен принадлежности и связи с потерей. Какой теперь у меня, как у человека, может быть обмен с этой фигурой моей семьи, и как правильно считать: есть этот член семьи или его нет? [5]

На этот вопрос в переживании горя меня натолкнул сопутствующий феномену принадлежности и связи феномен исключения. То есть, все без исключения родственники погибших говорили: «Его больше нет». С точки зрения системно-феноменологического подхода, «умершие из системы не уходят». И это не только про смерть. Это и про разводы, и про тяжелые расстройства и болезни [5].

То есть, ушедшего исключают из системы, и таким образом происходит нарушение баланса. Образуется «пустота», которую надо чем-то или кем-то заполнить. В системно-феноменологическом подходе есть понятие «смещение» или «замещение». Смещение – это сместить фокус внимания на судьбу этого члена семьи, или повторить его путь, тем самым проявить к нему и его судьбе любовь. Что, в свою очередь, может приводить к повторным системным повторениям: суициду, попаданием в аварии или причинением себе травм различной тяжести, выбор профессии, связанной с риском для жизни [1, 5].

Есть в моей практике пример, когда моим визави был молодой человек 16 лет, отец которого погиб на СВО, служа в ЧВК ВАГНЕР. По его рассказу отец прошел первую Чеченскую кампанию, был ранен, но не погиб, потом начал пить и вести асоциальный образ жизни, попал в тюрьму, оттуда призвался в ЧВК. И через два месяца погиб. Рассуждения сына этого мужчины были такими: «Закончу школу, призовусь в армию на военный конфликт и в первой военной кампании я точно не погибну, а если будет второй военный конфликт, то я сделаю все, чтобы там не оказаться». Беспокойство о его поведении появилось у матери и тети (родной сестры отца). Что было главным феноменом в этой истории? Первое то, что его отца исключили из семьи из-за неблагоприятного социального поведения. Второе, все ему говорили, что его отца больше нет. Мальчику очень печально и жалко было своего отца. Он начал вынашивать мысли о том, как возможно проявить любовь к своему отцу [1, 4, 5, 7].

Второй системный феномен – «замещение». Это когда одному из членов семьи говорят, что теперь ты за умершего и ты самый главный. Таким образом человек встает на роль ушедшего члена семьи и пытается выполнять его функции, которые, с точки зрения системных порядков, ему не принадлежат. Это исполнение искажает будущее и ролевые позиции, что ведет к конфликтам и гиперответственности за все, что происходит или не происходит в семье. И построение и так уже неопределенного будущего в принципе становится мало возможным. В таких ситуациях, встав не на свое место в системе, человек ждет уважения и признания, а чаще всего получает недовольство и агрессию. Что так же зачастую приводит к выбору поступков, которые ведут за ушедшим (разные формы суицида или отказа от создания отношений и семьи) [1, 4, 5, 7].

Таким образом феномены принадлежности и места в системе, определенного приходом в семью, имеют первостепенное значение при работе с людьми, переживающими утрату [1, 4, 5, 7].

В заключение хочется использовать отрывок из книги «И в середине тебе станет легко» автора системно-феноменологической психотерапии Б. Хеллингера «*Родовая связь*». Члены одного рода связаны друг с другом так, словно это некое роковое сообщество, где тяжелая судьба одного отражается на всех членах рода и вызывает желание разделить ее с ним. Например, если в семье рано умирает ребенок, его братья и сестры ощущают стремление последовать за ним. Родители и родители родителей тоже иногда хотят умереть, потому что стремятся последовать за умершим ребенком или внуком. Или когда умирает один из супругов, другой тоже часто хочет умереть. В таких случаях живые в душе говорят мертвым: «Я последую за тобой». Многие из тех, кто страдает опасным для жизни заболеванием, например раком, или становится жертвой несчастных случаев, или испы-

тывает тягу к самоубийству, находятся под давлением этой роковой связи и связующей любви и в глубине души говорят: «Я последую за тобой». С этим тесно связано представление о том, что один может вступить за другого. То есть может вместо него взять на себя *его* страдания, искупление и смерть и таким образом избавить его от тяжелой судьбы. Слова, стоящие за таким поведением, звучат так: «Лучше я, чем ты» [8, С. 123-124].

### Литература

1. Вебер Г. Два рода счастья. Системно-феноменологическая психотерапия Б. Хеллингера. — М.: Институт консультирования и системных решений, 2014. — 250с.
2. Изард К. Психология эмоций. — СПб.: Питер, 2009. — 460с.
3. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. — М.: АСТ, 2022. — 480с.
4. Левин К. Теория поля в социальных науках. — СПб.: Речь, 2014. — 304с.
5. Рязанцев А.Н. Принять и пережить потерю, горе, утрату. Как научиться снова радоваться жизни. — М.: Альпина Паблишер, 2021. — 109с.
6. Смудевич А.Б., Ротштейн В.Г. Психогенные заболевания. Клинические проявления. Острая реакция на стресс (аффективно-шоковая реакция). — М.: НПЗ РАМН, 2007. — 165с.
7. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. — СПб.: Питер, 2003. — 860с.
8. Хеллингер Б. И в середине тебе станет легко. — М.: Издательство Института Психотерапии, 2008. — 208с.

**Рязанцева Светлана Викторовна**

### **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КЛИМАТ В ШКОЛЕ В КАЧЕСТВЕ КОНФЛИКТНОЙ СОЦИАЛЬНОЙ СРЕДЫ (системно-феноменологический подход в решении психологических проблем возникновения конфликтов в образовательном процессе)**

**Аннотация.** В статье рассмотрена контекстуальная ситуация психологического климата в школе в преломлении возможных конфликтных обстоятельств, вероятно возникающих среди участников образовательного процесса. Данный анализ произведен, в основном, через призму системно-феноменологического подхода; хотя, наряду с ним, приведены и другие научные и методологические концепты исследования рассматриваемых явлений и феноменов. Исследование показало, что наибольшая интенсивность конфликтных ситуаций характерна для взаимодействий учителя с учащимися и учителя с родителями учащихся. Причинами кон-

фликтов чаще всего выступает отсутствие понимания границ связи и принадлежности учащихся как со стороны учителей, так и со стороны родителей. Учащиеся становятся участниками системного конфликта. В статье сделаны выводы по исследованию указанной проблематики и приведены конкретные примеры (кейсы) психолого-педагогической оценки изученных вопросов.

**Ключевые слова:** системно-феноменологический подход, психологическая поддержка, психолого-педагогическое консультирование, психологическое сопровождение, конфликты, школа, администрация школы, учителя школы, родители, дети, учащиеся школы, ученики, психологический климат, социальная среда, образовательный процесс, группа, класс, семья.

Психолого-педагогические консультации администраций школ, учителей, учащихся и их родителей уже на период начала данного учебного года показали особенности и специфику, содержание и факторы конфликтных ситуаций в школе.

Ведущими методами исследования различных конфликтных факторов являлся анонимный опрос учителей, родителей и детей в школах, индивидуальные беседы и наблюдения за поведением детей в моменты их прихода из дома в школу и возвращения детей из школы домой.

Отечественными учеными-психологами выявляются механизмы (социальные и психические формы) социализации личности: *интериоризация/экстериоризация* (по Льву Семеновичу Выготскому); *внешняя/внутренняя мотивация* (по Сергею Леонидовичу Рубинштейну); *идентификация/отчуждение* (по Валерии Сергеевне Мухиной). Также ряд авторов (например, Александр Иванович Донцов) выделяют в этом широком социально-психологическом поле такие механизмы социализации, как *адаптация/дезаптация, реадаптация, конформизм/нонконформизм*, и пр. [2, С. 12].

Таким образом, в отечественной науке есть теоретико-эмпирическое социально-психологическое выявление В.С. Мухиной на основе механизмов *интериоризации* и *экстериоризации*, следующих социализационных механизмов: «*идентификация*» и «*отчуждение*». Идентификация понимается в качестве социально-психологического соотнесения субъектом себя самого с другими людьми, с какой-либо социальной и/или профессиональной, культурной группой. Отчуждение понимается в качестве социально-психологического обособления субъекта от социума и/или от какой-либо социальной (профессиональной, культурной) группы. В этой связи отечественными учеными осуществляется раскрытие того, что такие механизмы социализации человека как идентификация и отчуждение очень важны для общественного становления (социализации) каждой личности, особенно в подростковом и юношеском возрасте. Да и в молодости и взро-

лости этот феномен амбивалентного группирования (идентификации/отчуждения) социально весьма значим для каждой личности [2, С. 13].

Однако для проведения анализа полученных данных в основном был использован системно-феноменологический подход в его первом базовом постулате: «связь и принадлежность». Это феномен принадлежности и связи, имеющий психологический, психосоциальный, микро и мезо социально-психологический контекст [1, 3, 4, 5, 8].

Исследование показало, что наибольшая интенсивность конфликтных ситуаций характерна для взаимодействий учителя с учащимися и учителя с родителями учащихся. Причинами конфликтов чаще всего выступает отсутствие понимания границ связи и принадлежности учащихся как со стороны учителей, так и со стороны родителей. Учащиеся становятся участниками системного конфликта [6].

Каждый из участников образовательного процесса на своем месте и на своем опыте переживает свою личную безопасность. Человек чувствует себя хорошо, когда есть уверенность в безопасности, и чувствует себя плохо, когда зона безопасности не определена [1, 3, 4, 5, 7, 8].

Человек (как субъект) состоит во взаимосвязях в социальной группе: семье, классе, школе. Когда учащиеся и/или их родители чувствуют, что могут быть отчуждены от тех людей, от которых они зависят (одноклассники, учителя, администрация школы), то у них возникает страх того, что их принадлежность к системе (класс, школа) подвергается серьезной опасности. Этот страх ощущается участниками процесса взаимодействия как «муки совести» [1, 3, 4, 5, 7, 8].

Чувство безопасности от осознания своей принадлежности дает всем участникам образовательного процесса возможность ощущать себя спокойно, не думая о том, что кто-то неожиданно может почувствовать себя отверженным и вследствие этого одиноким и беззащитным. Свое право на принадлежность к группе человек ощущает, как «границы собственной безопасности», выстроенные четко по указанному выше постулату системно-феноменологического подхода: «связь-принадлежность» [1, 3, 4, 5, 7, 8].

Это значит, что при возникновении конфликтов в любой паре участников: учитель – ученик, учитель – школа (администрация школы), учитель – родитель учащегося, ученик – ученик и так далее, происходит потеря чувства безопасности, ощущения принадлежности группе и понимания связи с группой, с сообществом [1, 3, 4, 5, 6, 7, 8].

Таким образом, личная, психологическая, психосоциальная и социально-психологическая потребность в безопасности регулирует процесс сближения или отдаления участников образовательного процесса с людьми и группами людей, с теми, кто является важными, значимыми фигурами для человека, для его личного благополучия и имеет существенную

роль в социальной мотивации на совершение личностью тех или иных социальных действий и поступков [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8].

### *ХОРОШЕЕ И ПЛОХОЕ: КОНФЛИКТЫ И РЕШЕНИЕ [6]*

В этой связи мы можем увидеть, что наше понимание хорошего и плохого базируется на различиях, которые создает наша системная безопасность. Эти различия (ученик, мальчик, девочка, родитель, член семьи, учитель, завуч, директор школы, и т.д.) создают способ измерения того, до какой степени наши или других людей мысли или действия сохраняют или нарушают связь и принадлежность. Каждый участник признает происходящее хорошим через ощущение безопасности, и это не требует какого-то дополнительного анализа. Таким образом, хорошее только чувствуется как хорошее и защищается как хорошее достаточно бездумно или неосознанно [1, 3, 4, 5, 6, 7, 8].

Со стороны нейтрального наблюдателя, находящегося вне этого образовательного поля, то, что называется хорошим, может выглядеть странным, нелепым. Но у тех людей, кто включен, находится внутри образовательного процесса конкретно взятого образовательного учреждения, не возникает вопросов о социальной значимости всего происходящего. Взгляд же наблюдателя из другого образовательного пространства или, тем более, внешнего по отношению к системе народного образования пространства, на данную конкретную образовательную площадку, будет совершенно иным [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8].

Итак, педагогический коллектив, учащиеся и их родители данной конкретной школы всегда будут лучше (с позиции сообщества данной школы), нежели чем педагогический коллектив, учащиеся и их родители в (из) другой школе(ы). Это макрофактор связи, принадлежности и безопасности. И если кто-то посчитает, что в другом образовательном месте лучше, то возникнет конфликт, поскольку появится угроза как принадлежности, так и безопасности [1, 3, 4, 5, 6, 7, 8].

Этот же феномен хорошего и плохого работает, когда ученик из семьи приходит в школу. Он хочет чувствовать, что его семья хорошая или лучшая и что он достоин соответствующего признания. Родитель этого ученика тоже хочет убедиться в том, что его ребенку во всех смыслах безопасно в школе, начиная с директора, администрации, учителей, продолжая всеми сотрудниками образовательного учреждения и заканчивая детьми из класса [1, 3, 4, 5, 6, 7, 8].

Свою безопасность так же хочет чувствовать и учитель. Соответственно, сам ученик также хочет чувствовать свою связь и принадлежность к семье, и одновременно связь и принадлежность к школе. И если в любой из этих групп данного сообщества любой участник этого процесса взаи-

модействия не будет чувствовать свою безопасность, то он «создаст» конфликт, он его «придумает и исполнит», даже если его (конфликта) нет, и это будет для него выглядеть формой безопасности [1, 3, 4, 5, 6, 7, 8].

Вот примеры из моих бесед с учителем первого класса.

«Начнем мы сегодня наш первый разговор у дверей школы и постепенно будем продвигаться по школьной лестнице. А школьная жизнь, я думаю, не замедлит подбросить нам интересные случаи для беседы, поскольку идет период самого начала учебного года и в самом большом волнении сейчас находятся родители первоклассников, то первый кейс про них».

### *Пример 1.*

– Во многих школах существует правило, что родители не заходят в корпус школы и должны попрощаться у дверей здания, или если заходят, то могут проходить не дальше какого-то места. Но родителям очень трудно это правило соблюдать и очень хочется зайти внутрь, довести до класса, донести портфель. Что вы думаете по поводу этого правила? И как помочь родителям его соблюдать? Что сказать детям? Как успокоить себя?

– Обязательно донести (принять и понять) информацию о том, что это социальное явление связано с переходом из зоны ответственности родителя (родителей, семьи) в зону ответственности школы (администрации, сотрудников) и учителя, классного руководителя (!); ребенок должен это психологически осознать и почувствовать, родителям тоже важно осознать, что у ребенка начался новый этап социализации и формирования доверия к новым отношениям... с учителем и коллективом детей...

– Правильно я понимаю, для того, чтобы все это почувствовал ребенок, сначала нужно, чтобы это все почувствовал родитель?

— ... осознал и согласился с тем, что есть зона ответственности школы, если он будет лезть в эту зону, то, вероятно, будет конфликт.

– То есть я, родитель, чтобы осознать этот переход ребенка из моей зоны ответственности и успокоиться, говорю себе «... я доверяю школе, учителю, своему ребенку и передаю им ответственность на время занятий и пребывания моего ребенка в школе!»

— Правильно!

– Чем еще плохо, когда папа или мама стоят и не уходят, а другие родители ушли. Ребенок же это видит?

— Длительное присутствие родителя вызывает у ребенка страх, смущение и вину за такое сопровождение... он чувствует себя гиперопекаемым, и ответственность за его вхождение в школу и образовательный процесс психологически для ребенка остается у родителя...

– Это может оказать влияние на учебные действия ребенка?

– В последующем это излишнее родительское сопровождение плохо сказывается на ответственности ребенка при выполнении школьных заданий.

### **Пример 2.**

– Сегодня я была дежурным учителем. Я стою на входе в лицей, здороваюсь с проходящими учениками, помогаю, если это необходимо. За 5 минут до звонка вбегает мама с второклассником, несет его рюкзак, хотя он уже опытный школьник, и весь путь до раздевалки, и все время, пока он раздевается и переобувается, повторяет: «Быстрее, ты опоздаешь, быстрее, ты опоздаешь».

– Что у нас есть для этой мамы? Как организовать утро ребенка, чтобы сборы проходили в спокойной обстановке? Или надо сначала организовать себя? Действуют ли слова «скорее, скорее» или это совершенно бесполезно?

– Думаю, что в этом случае маме (родителю) важно признать свою ответственность за случившееся и сказать ребенку, что она сама скажет учителю об этой ситуации, иначе это вызывает у ребенка вину, злость, страх и подавленную агрессию, и ему становится очень неуютно в школе (классе).

– То есть слова, которые мама произносит, чтобы поторопить ребенка, совсем не достигают цели, а может, и наоборот, вызывают дополнительную нервозность у ребенка?

– Да, к сожалению, это так, ребенок только больше нервничает от этого... Эти слова она произносит для себя и своего оправдания перед собой и ребенком.

### **Пример 3.**

– Когда родители приводят или привозят детей в школу, они обязательно что-нибудь говорят им на прощание. Говорят разное. Иногда желают хорошего дня. Иногда говорят, что очень любят их. Но чаще всего желают: будь внимателен! Старайся! Слушай учителя! Пиши аккуратно! И вот я всегда думаю: когда ребенок слышит: «Старайся», то он что думает, вбегая в дверь школы? Стараться – это как? Это что я должен делать, чтобы считалось, что я стараюсь? Что же сказать ребенку? Может, это должен быть какой-то «прощательный» ритуал? Или не нужно придавать этому большого значения? Быть здесь более деловитыми, чем чувственными?

– Я думаю и по опыту знаю, что родителю надо передать ребенка учителю, следовательно, правильно будет сказать «слушай и слушайся учителя».

– И все? Так просто? Это какие-то волшебные фразы!

– А что тогда сказать, когда уроки закончатся и родители, наконец, встретят свое чадо? Что слышу я: «Как дела? Все в порядке? Что поставили (про отметки)? Почему так долго, мы уже опаздываем...». Как же лучше встречать ребенка? На что обратить внимание? На внешний вид? На настроение? Задавать вопросы? Или просто встречаемся и о чем-то разговариваем? А если ребенок рассказывает то, что у нас начинает вызывать разные чувства, комментируем или молчим?

– Лучше, идеально, встречать ребенка дома, но если не получается, то при встрече лучше всего сказать, что «ты снова с нами или со мной», что родитель успел сделать много полезного для семьи и для него, а самый короткий ответ: я верил, что ты сможешь (справишься) и, когда захочешь, расскажешь мне, как в этот день все прошло... Да, скорее всего с более старшими детьми родители, возможно, встречаются дома, после работы. Младших школьников, особенно в больших городах, родители забирают прямо из школы. При этом все же целесообразнее сразу же предоставлять больше самостоятельности ребенку, например, не ждать его «в предбаннике» школы, а встречать на улице, у входа в школу.

– А как быть, если мама говорит ребенку, что верила, что он справится, а он как раз именно сегодня и не очень справился?

– ... Лучше, если она это узнает от учителя и найдет адекватную форму поддержки и помощи ребенку!

– Значит, родителям надо больше и предметнее разговаривать с учителями и со своими детьми?

– Да!

### Литература

1. Вебер Г. Два рода счастья. Системно-феноменологическая психотерапия Б. Хеллингера. – М.: Институт консультирования и системных решений, 2014. – 250с.
2. Донцов Д.А., Донцова М.В. Возрастная психология и психология развития в макропериоде детства, в отрочестве и юности. Учебное пособие для студентов бакалавриата, специалитета и магистратуры психолого-педагогических специальностей и направлений подготовки. Ответственный редактор: Д.А. Донцов. – М.: ФЛИНТА, 2018. – 184с.
3. Изард К. Психология эмоций. – СПб.: Питер, 2009. – 460с.
4. Левин К. Теория поля в социальных науках. – СПб.: Речь, 2014. – 304с.
5. Рязанцев А.Н. Принять и пережить потерю, горе, утрату. Как научиться снова радоваться жизни. – М.: Альпина Паблишер, 2021. – 109с.
6. Хасан Б.И., Сергоманов П.А. Психология конфликта и переговоры: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Б.И. Хасан, П.А. Сергоманов. – 3-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2007. – 192с.
7. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. – СПб.: Питер, 2003. – 860с.
8. Хеллингер Б. И в середине тебе станет легко. – М.: Издательство Института Психотерапии, 2008. – 208с.

## ИССЛЕДОВАНИЕ ВНУТРИЛИЧНОСТНОГО КОНФЛИКТА КАК ПОКАЗАТЕЛЯ ВОЗРАСТНОГО И ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОГО КРИЗИСОВ В СИСТЕМНО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОМ ПОДХОДЕ

**Аннотация.** В статье изучаются такие понятия, как травма, кризис, внутриличностный конфликт, как показатель возрастного и экзистенциального кризисов, социальная деятельность и ее влияние на становление личности. Проводится исследование личностной и ситуативной тревожности, основных характеристик внутриличностного конфликта и кризисных периодов, а также дается обзорное описание системно-феноменологического подхода.

**Ключевые слова:** внутриличностный конфликт, травма, кризис, экзистенциальный кризис, возрастной кризис, ситуативная тревожность, личностная тревожность, системно-феноменологический подход.

*«Человек, который не видит смысла в своей жизни,  
не только несчастлив, но и наверняка нежизнеспособен».*  
(А. Эйнштейн)

**Постановка проблемы.** Выдающееся полотно Поля Гогена, написание которого он завершил в 1897 году, несет в своем названии те вопросы, в поисках ответа на которые узнает себя любой человек, переживающий период экзистенциального кризиса: «Откуда мы пришли? Кто мы? Куда мы идем?». Ни для кого ни секрет, что Гоген задумал покончить жизнь самоубийством после завершения этой картины, что он неоднократно пытался сделать и ранее из-за множественных ударов судьбы, которые на языке психологии мы сегодня именуем «травмами».

Происхождение таких понятий, как «trauma» и «krisis» берет свое начало из греческого языка, и при переводе на русский язык «приобретает оттенок страдания и боли. И если лексема «травма» обозначает «рана» и соответствует этому оттенку, в понятии которого уже кроется вектор исцеления для приобретения личностью безопасности, то с лексемой «кризис» не все так однозначно. Первичное же его значение звучит как «решение», и только потом «резкий или крутой перелом, острое затруднение, поворотный пункт, исход». Отталкиваясь от неоднозначной семантики данного термина, мы непроизвольно сталкиваемся с мыслью, что любой кризис, в том числе сквозь призму современной психологии, может быть как исходным пунктом и конечной точкой определенного временного этапа, или пе-

риода развития личности, так и может быть начальной, стартовой точкой ее развития, или даже роста, именно в переломный момент.

Таким образом, вопрос: «...to be or not to be?» в интерпретации к термину кризис, как к начальной или финальной точке личностного развития в условиях возрастных, экзистенциальных и травматических составляющих, актуален как никогда. «Страдания от бессмысленности жизни», изучением причин которых занимался еще в середине прошлого века В. Франкл, характерные для экзистенциального кризиса в стандартных социальных условиях повседневности, обостряются резкими эмоциональными переживаниями в условиях общественной (профессиональной) нестабильности, и могут либо помочь личности переключиться для поиска новых квалификационных целей, либо окончательно купируют взрослую личность в экзистенциальном вакууме из-за потери ориентира еще и в ее социально значимой деятельности. «В наше время ощущение бессмысленности жизни проникает повсюду. А в такие времена задача образования должна заключаться не только в том, чтобы дать знания, но и в том, чтобы воспитать совестливого человека, способного в любой ситуации уловить суть требований, которые предъявляет ему жизнь... Тогда собственная жизнь будет казаться человеку осмысленной, у него выработается иммунитет против конформизма и тоталитаризма, этих двух порождений экзистенциального вакуума, поскольку лишь человек с беспокойной совестью способен противостоять и конформизму, и тоталитаризму» [3, С. 19].

**Цель исследования.** В нашей статье, мы хотим рассмотреть проблему экзистенциального кризиса, в том числе с учетом возрастных и гендерных особенностей, среди личностей в период ограничительных эпидемиологических мер, когда резкие социальные изменения коснулись практически каждого. (На примере исследования уровней ситуативной и личностной тревожности, как показателя и внутриличностного конфликта, и кризисного периода среди респондентов организации ПАО «Аэрофлот» в период с 2020 по 2021 год с целью его выявления и изучения возможности применения системно-феноменологического подхода для психологического сопровождения личности.)

**Объектом исследования** является внутриличностный конфликт как явление социальное.

**Предметом исследования** являются кризисные периоды возрастного и экзистенциального характера.

**Методы исследования:** анализ научной литературы, вовлеченное наблюдение, психодиагностическое тестирование.

Особенность системно-феноменологического подхода заключается в объединении двух основных составляющих: феноменов, как индикаторов внутренней жизни каждой отдельной личности, включающих в себя

ощущение, переживание, самовосприятие и видение, с одной стороны, и системы, с точки зрения социального взаимодействия в рамках не только семейных установок, но и организационной среды, с другой стороны. Системная парадигма позволит нам рассматривать человека в контексте различных жизненных, организационных и поведенческих аспектов. Человек – существо социальное, не изолированное от общества, и любые стремительные изменения привычного общественного уклада сказываются на личности, особенно если изменения являются трудно прогнозируемыми, к которым необходимо приспособиться в сжатые сроки.

Эпидемиологическая ситуация 2020 года спровоцировала рост эмоциональной напряженности и социальной тревоги повсеместно, что в свою очередь сказалось на большинстве организаций. Именно поэтому мы не можем и не имеем права оставить без внимания не только внутренние, но и социальные (организационные) причины внутриличностного конфликта, как важнейшего показателя экзистенциального кризиса. Многообразие внутриличностных конфликтов велико, так как в процессе своего развития личность сталкивается с различными видами формирующей деятельности, например, игровая деятельность сменяется учебной, учебная – профессиональной, и т.д. Под влиянием деятельности из индивида формируется личность. Здесь мы начинаем замечать возрастные кризисы. На каждом возрастном этапе еще несформированная личность преодолевает кризис, так как социальная ситуация развития – специфическая для каждого возраста, закономерно изменяется и определяет весь образ жизни, ведь изменения в сознании возникают в результате новой определенной формы социального бытия.

Внутриличностный конфликт по своему протеканию очень схож с возрастным кризисом, описанными Л.С. Выготским и Э. Эриксонем. Как в результате возрастного кризиса формируется ведущее новообразование, характеризующее перестройку сознательной структуры личности, так и в результате внутриличностного конфликта происходит перестройка внутренней организации (психологических установок) личности для наиболее безболезненной адаптации к новым условиям социальной среды. В обоих случаях данные изменения сопровождаются дискомфортными эмоциональными переживаниями. Именно благодаря таким моментам (периодам) реактивное действие, организованное самим человеком, перестает быть реактивным и становится целесообразным. Высшая форма поведения независима от непосредственно воспринимаемой ситуации, свободна от нее.

На основании теорий Эриксона и Выготского весь процесс развития личности представляет собой отрицание начальной точки и движение к высшим, лежащим не в начале, а в конце пути развития. «Если, вообще, все внутреннее развитие понимать как биологическое, то в конечном счете

это изменение желез внутренней секреции...; внутреннее развитие совершается всегда так, что мы имеем здесь единство личности и средовых моментов, то есть всякий новый шаг в развитии непосредственно определяется предшествующим шагом, всем тем, что уже сложилось и возникло в развитии на предшествующей стадии...; при этом внутренние изменения происходят в гораздо большем размере, чем изменения внешней обстановки, и поэтому всегда производят впечатление внутреннего кризиса» [2, С. 996]. Схожей точки зрения придерживается и Э. Эриксон, изучая условия для успешного разрешения психологических кризисов: «...слово «кризис» больше не вызывает в представлении неминуемую катастрофу, что в свое время затрудняло его понимание. Кризис теперь понимается как неизбежный поворотный пункт, критический момент, после которого развитие повернет в ту или иную сторону, используя возможности роста, способность к выздоровлению и дальнейшей дифференциации» [1, с. 23]. При этом он подчеркивает, что успешность или неуспешность преодоления кризисных периодов для перехода на новую стадию создаст предпосылки для внутренних переживаний, то есть выдвигает предположение, что внутриличностный конфликт возможен при гетерохронии развития структур личности с социальной средой. Так, чрезмерно скорое развитие внутриличностных структур при относительно неизменной среде приведет к конфликту, личность в своем развитии опережает социум (непризнанный гений), или, наоборот, социальная среда развивается так стремительно, что личность не успевает адаптироваться к этим изменениям, и возникают трудности для перехода на следующую стадию (изгой). Именно в эти периоды онтогенеза личности и возникают предпосылки для экзистенциального кризиса, без привязки к возрастным этапам, и именно поэтому изменение личностных структур в период ковидных ограничений особенно интересны для изучения.

Так как внутриличностный конфликт всегда сопровождается эмоциональным дискомфортом и ростом тревожности личности, переживающей его, то в качестве методика, позволяющей дифференцированно измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние, нами была выбрана методика, предложенная Ч.Д. Спилбергером и адаптированная на русский язык Ю.Л. Ханиным. Бланк шкал самооценки Спилбергера включает в себя 40 вопросов-рассуждений, 20 из которых предназначены для оценки уровня ситуативной тревожности и 20 – для оценки личностной тревожности. Тестирование по методике Спилбергера-Ханина проводилось с применением двух бланков: бланк № 1 «Шкала показателей ситуативной тревожности», бланк № 2 «Шкала показателей личностной тревожности». Всем участникам давалась инструкция к тестированию: «Прочитайте каждое высказывание и в соответствующей графе спра-

ва поставьте галочку в зависимости от своего самочувствия на данный момент. Над вопросами не следует сильно задумываться, так как здесь нет верных или неверных вариантов». Если тестирование показывает у респондента высокий показатель личностной тревожности, то есть все основания предполагать присутствие внутриличностного конфликта. Любое некорректное оценивание таких личностей ведет к болезненному переживанию неудач, сопровождающихся эмоциональным дискомфортом и ростом внутренней напряженности. Личностная тревожность является конституционной чертой, которая несильно корректируется в процессе социального онтогенеза (в отсутствии целенаправленного воздействия), что обуславливает личность воспринимать угрозу в значительном количестве каждодневных ситуаций через гипертрофированную рефлексию и самобичевание. При большом количестве вариаций подобных ситуаций каждая из них будет обладать стрессовым воздействием на субъект и вызывать выраженную тревогу. Высокая личностная тревожность коррелирует с наличием внутриличностного конфликта с отрицательной динамикой протекания, сопровождающегося эмоциональными срывами и невротическими расстройствами.

Высокие показатели ситуативной тревожности свидетельствуют о попадании субъекта в стрессовую ситуацию с сопутствующим ростом беспокойства, эмоционального дискомфорта и напряженности. В отличие от личностной, ситуативная тревожность является состоянием временно неустойчивым с различной степенью интенсивности, сила воздействия которой зависит от уровня значимости тех или иных приоритетов для личности респондента. Следует отметить, что при продолжительном воздействии стрессовой ситуации может происходить одновременный рост и личностной тревожности, в случае невозможности адаптации к воздействию на нее стрессу. Таким образом, ситуативная тревожность не так сильно коррелирует с внутриличностным конфликтом, а значение итогового показателя по данной шкале позволяет определить, находится ли личность респондента под воздействием стрессовой ситуации, и понять, насколько это воздействие интенсивно по значимости.

В нашем исследовании приняли участие 148 респондентов ПАО «Аэрофлот» из Департамента обслуживания на борту, а именно: 31 мужчина и 117 женщин. Высокие показатели личностной и ситуативной тревожности были выявлены у 34 респондентов. У 7 сотрудников высокие показатели и личностной, и ситуативной тревожности были выявлены одновременно, при этом из них 5 женщин и 2 мужчин. Еще 8 сотрудников (только женщины) имели высокие показатели только личностной тревожности при умеренной и низкой ситуативной. Оставшиеся 19 человек имели высокий показатель ситуативной тревожности при умеренной личностной, из них

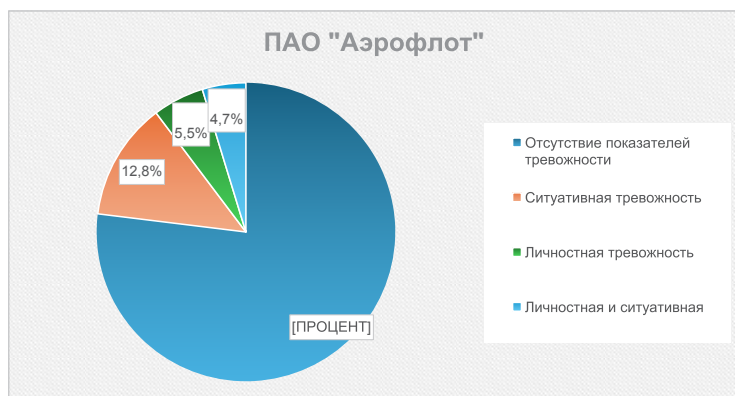
13 мужчин и 6 женщин. Высокие показатели личностной и ситуативной тревожности выявлены у 34 респондентов, что составило 23% от общего количества участвующих в тестировании. При этом следует отметить, что процентный показатель мужчин, переживающих внутриличностный конфликт, довольно высок и составляет 48,4% от общего количества респондентов-мужчин. Возрастной диапазон также различен и колеблется от 26 лет и старше. Процентные показатели отображены в Табл. 1.

**Таблица № 1**

**Процентные показатели тревожности у респондентов**

Название организации	Общий показатель тревожности	Личностная тревожность	Ситуативная тревожность	Личностная + ситуативная тревожность
ПАО «Аэрофлот»	23%	5,5%	12,8%	4,7%

*Пояснение.* Так как высокие показатели и ситуативной, и личностной тревожности выявлены одновременно у 7 респондентов, то мы отобразили их отдельно от просто показателей личностной и ситуативной тревожности, в ином случае, суммарный их процентный показатель равнялся бы не 23%, а 27,7%, так как рассчитывался из общего числа участвующих. Для более наглядного отображения полученных результатов представим их в виде диаграммы (см. Рис. 1 далее).



**Рисунок № 1– Выраженность разного рода тревожности у респондентов**

С точки зрения гендерных различий, показатели наличия внутриличностного конфликта велики и составляют 48% среди мужчин, из них 13 респондентов имеют высокие показатели ситуативной тревожности, что составляет 42%, и 2 респондента – ситуативной и личностной одновременно, что свидетельствует об интенсивном воздействии стрессовой ситуации, которая является одновременно и лично значимой. Среди

респондентов женщин внутриличностный конфликт мы можем предположить по высоким показателям личностной и ситуативной тревожности у 16,2% участвующих в тестировании, то есть у 19 из 117, при этом у 5 из них выявлены высокие показатели обеих шкал, что составляет 4,3%. Личностная тревожность характерна для 15,4% женщин, а ситуативная – для 9,6%. Для большей наглядности приведем полученные данные в Табл. 2.

**Таблица № 2**

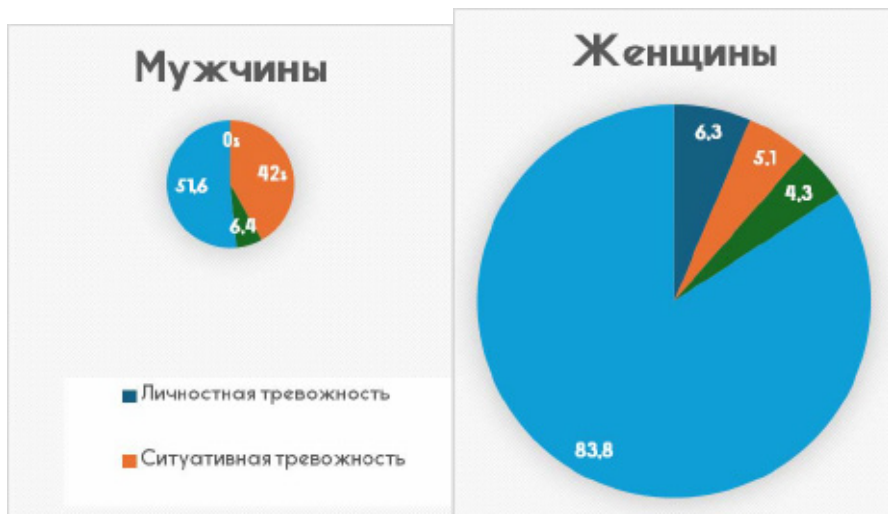
**Связь тревожности и гендера респондентов**

Гендер	Личностная тревожность	Ситуативная тревожность	Личностная + ситуативная тревожность
Мужчины	----	42%	6,4%
Женщины	6,8%	5,1%	4,3%

На основании полученных данных, мы видим значительный процент респондентов, переживающих внутриличностный конфликт различного характера протекания. Данный процент у мужчин выше, чем у женщин, и мы это связываем со спецификой сложившейся ситуации, связанной с распространением коронавирусной инфекции, повлекшей почти полную парализацию отрасли. Интересный факт, который нам удалось заметить, – это, во-первых, респонденты младше 26 лет не испытывают серьезной личностной и ситуативной тревожности. Во-вторых, процентный показатель ситуативной тревожности у мужчин в 42 раза выше, чем личностной, что свидетельствует о наличии весьма неблагоприятных условий связанных именно с организационной деятельностью в Департаменте обслуживания на борту, специализирующемся на воздушных перевозках, что сигнализирует о переживании респондентами, как минимум, внутриличностной дилеммы. Также это может свидетельствовать о том, что состояние внутриличностной дилеммы еще не достигло по своей интенсивности состояния внутриличностного конфликта у респондентов либо из-за непродолжительности воздействия данной стрессовой ситуации на сотрудников, либо из-за того, что ее характер не имеет сильного личностного значения для участников исследования. Наглядно показатели тревожности приведены на диаграмме (см. Рис. № 2).

**Выводы**

Таким образом, подводя итог нашего исследования, мы можем сделать следующие заключения, а именно: в ПАО «Аэрофлот», где из 148 респондентов количество мужчин составляет 31 человек, 13 из которых имеют высокие показатели ситуативной тревожности, двое из респондентов-мужчин переживают внутриличностный конфликт, о котором свидетельствуют высокие показатели шкалы личностной тревожности.



*Рисунок № 2 – Гендерные проявления разного рода тревожности у респондентов*

Это означает, что стрессовая ситуация, сложившаяся в компании на момент исследования, является интенсивной и имеет важное личностное значение больше для мужчин по своему воздействию. А у сотрудников, которые и без того переживают внутриличностный конфликт, обусловленный неорганизационной спецификой, может спровоцировать отрицательную динамику его протекания, вплоть до деструктивного проявления. То есть, почти половина мужчин-респондентов, участвующих в исследовании, переживает состояние или внутриличностной дилеммы или конфликта.

Респонденты-женщины также подвержены сильной стрессовой ситуации, у 5 она приобрела более глубинный характер (по вектору от дилеммы к конфликту(кризису)). 8 женщин переживают внутриличностный конфликт, но при этом имеют низкие и умеренные показатели ситуативной тревожности. Данный факт может означать как конституционную особенность, возможно, даже не связанную с профессиональной деятельностью, так и то, что респонденты-женщины перестали резко реагировать на стрессовую ситуацию, и она приняла качественное личностное значение, что может свидетельствовать об отрицательной динамике протекания внутриличностного конфликта.

В ПАО «Аэрофлот» респондентов-женщин, переживающих внутриличностный конфликт, в 2,4 раза больше, чем мужчин. А вот внутриличностной дилемме подвержены именно мужчины, их почти в 4.4 раза больше, чем женщин с высокими показателями ситуативной тревожности. Это

сигнализирует нам о наличии причины, которая важна именно для мужчин в данной компании именно организационного характера.

На основании полученной «пестрой картины» эмоциональной напряженности в социуме, тревожности различного характера происхождения и проявления, нам бы хотелось вернуться к экзистенциальным состояниям и системно-феноменологическому подходу для возможности оказания психологического сопровождения, как к наиболее оптимальному и адаптированному для индивидуального подхода к каждой отдельной личности, даже в условиях организационной деятельности.

### **Заключение**

Берт Хеллингер в свое время пытался вывести закономерности и установить причинно-следственные связи между предпосылками и дальнейшим ходом событий, которые в конечном счете привели его к выводу, что из правил и закономерностей слишком много исключений. «В отличие от классической терапии, самым важным элементом моего подхода является осознание того, что за любым поведением, даже за тем, которое кажется нам очень странным, стоит любовь. Скрытой действующей силой всех симптомов тоже является любовь. Следовательно, очень важно, чтобы психотерапевт нашел ту точку, где сосредоточена вся энергия любви человека, так как здесь находится и корень его проблемы, и ключ к разрешению трудностей» [4, С. 17]. И он не прогадал, сделав основной упор именно на «Феноменах», позволив каждой личности оставаться личностью во всем многообразии своих проявлений, уделяя особое внимание именно явлениям вокруг и переживаниям личностью этих самых явлений. В рамках системно-феноменологического подхода нам важно понимать «ЧТО» именно происходит, и как «ПЕРЕЖИВАЕТСЯ» субъектом то, что происходит, а не «ПОЧЕМУ» это произошло, для минимизирования эмоционального дискомфорта личностных переживаний при преодолении экзистенциального кризиса или травмы.

Наше исследование было ограничено временными рамками и не позволило практически использовать системно-феноменологический подход в условиях дефицита времени, но при этом мы смогли выполнить срез состояний тревожности в условиях социальной, а точнее, профессиональной среды. Тем не менее, уместность и эффективность применения данного методолога-методического подхода на практике не вызывает в нас никакого сомнения, а его успешность рассматривается как аксиома для дальнейшего внедрения в работу.

### **Литература**

1. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. – М.: Изд-во Прогресс, 1996. – 7-28с.

2. Выготский Л.С. Психология. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 960-996с.
3. Франкл В. Страдания от бессмысленности жизни. Актуальная психотерапия. –Новосибирск: Изд-во Сибирского университета, 2022. – 19-73с.
4. Хеллингер Б. Порядки любви. – М.: Изд-во Института консультирования и системных решений, 2012. –17-24с.
5. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория неврозов. Электронная библиотека. – 3-7с. (Дата обращения: 25.10.2023).

**Орлова Елена Александровна**  
**Гребенников Юлия Леонидовна**

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АУТОАГРЕССИВНОМ РЕАГИРОВАНИИ НА КРИЗИСЫ ТРУДНЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЙ**

**Аннотация.** В статье приведена систематизация представлений о теоретических и технологических аспектах процесса и содержания психологической помощи при аутоагрессивном реагировании на кризисы трудных жизненных ситуаций. Описываемая психологическая работа может быть представлена в качестве логично выстроенных этапов коммуникации с клиентами. Разработанные критерии и показатели эффективности процесса преодоления экзистенциального кризиса позволяют отследить постепенные и последовательные процедуры нормализации, стабилизации и оптимизации характера взаимоотношений между психологом и клиентом.

**Ключевые слова:** личность, личностный смысл, трудная жизненная ситуация, экзистенциальный кризис, аутоагрессивное поведение, психологическая помощь.

**Summary.** The article presents a systematization of ideas about the theoretical and technological aspects of the process and content of psychological assistance in auto-aggressive response to crises of difficult life situations. The described psychological work can be presented as logically constructed stages of communication with clients. The developed criteria and indicators of the effectiveness of the process of overcoming the existential crisis allow us to track the gradual and consistent procedures for normalization, stabilization and optimization of the nature of the relationship between the psychologist and the client.

**Keywords:** personality, personal meaning, difficult life situation, existential crisis, autoaggressive behavior, psychological help.

«Индивидуальные кризисы», «кризисы индивидуального жизненного пути», «критические ситуации», «кризисные жизненные ситуации», «биографические события», «инициирующие (результатирующие) события жизни», – все это близкие понятия, подчеркивающие значимость для личности определенного события (нескольких рядоположенных экстремальных для психики данной личности событий), и, как неизбежное следствие, изменение личности, и, возможно, жизненного пути человека под его влиянием. (Ф.Е. Василюк, 2009; Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, 2010; Н.А. Логинова, 1978; В.Б. Шапарь, 2010, и др.). Имеющийся в виду индивидуальный кризис может «наложиться» на возрастной, но чаще всего, – это отдельный и психологически самостоятельный критический период [2, 3, 9].

Подчеркнем сразу же два важнейших психосоциальных аспекта.

Во-первых, одно и то же событие, объективно тяжелое (трудное, печальное) или объективно радостное (успешное, счастливое), имеет весьма различный субъектный смысл для разных людей (А.Н. Леонтьев, 2004). Поэтому у одного человека оно вызовет индивидуальный ненормативный и, вероятно, экзистенциальный кризис, а у другого – нет [4].

Во-вторых, критическая (и, возможно, сущностно психоэкстремальная) ситуация может сопровождаться для личности перестройкой иерархии ценностей, мотивационно-потребностной сферы, изменением оценки пройденной части жизненного пути и планов на будущее, изменением или новым поиском смысла жизни. Именно во всех подобного рода случаях индивидуальный кризис становится для личности и всеобъемлюще экзистенциальным.

При этом в названном контексте авторами различаются:

1) события среды – существенные изменения в обстоятельствах жизни, наступающие не по инициативе личности;

2) события поведения в среде – поступки человека, приводящие к достижению значимой цели или меняющие жизненную перспективу;

3) события внутренней жизни – впечатления и переживания, имеющие нравственно-эстетический характер, в которых вызревают поступки и закладываются направления дальнейшего жизненного пути (Б.Г. Ананьев, 1977; Н.А. Логинова, 1978).

Личностно-событийное взаимодействие предполагает преобладание критических ситуаций определенного типа в жизни личности, которая обладает тем или иным жизненным миром. В типологии жизненных миров, разработанной Ф.Е. Василюком, что представлено им как в повсеместно известной работе «Психология переживания. Анализ преодоления

критических ситуаций», так и более подробно в труде «Жизненный мир и кризис: типологический анализ критических ситуаций», мы имеем четыре варианта жизненного мира личности:

- 1) внешне легкий и внутренне простой жизненный мир;
- 2) внешне трудный и внутренне простой жизненный мир;
- 3) внешне легкий и внутренне сложный жизненный мир;
- 4) внешне трудный и внутренне сложный жизненный мир (Ф.Е. Василюк, 1984, 2009).

Таким образом, события, с которыми сталкивается человек на своем жизненном пути, могут предстать и выступить для него как именно критические (кризисные) ситуации. При разных личностных особенностях (отражающих базисные отношения к миру и к себе) критические ситуации имеют выражено различный характер, воспринимаются и преодолеваются человеком очень по-разному. Архиважным моментом переживания критической ситуации и выхода из нее является субъектный выбор как следствие определенного рода направленности человека, – свободный, нравственный, или ситуативный, подчиненный, и т.п.

В общем и целом, в контексте изучения последствий индивидуального кризиса «исторически» исследователями выделяются три большие группы людей:

- а) группа лиц, осознающих позитивные личностные, мировоззренческие изменения;
- б) группа лиц, отрицающих произошедшие после кризиса изменения или вытесняющих его последствия;
- в) группа лиц, осознающих негативные последствия кризиса (Е.А. Фау, 2004).

Отметим, что в первой названной группе прослеживается стремление к адекватной оценке происходящего и принятию реально сложившейся ситуации, к гармоничным отношениям с окружающими; неудовлетворенность жизнью стимулирует поиск адаптивных стратегий, а в восприятии критической ситуации отражены возможности личностного роста. Очевидно, что во второй указанной группе лиц последствия, чаще всего негативные, не осознаются из-за включения механизмов психологической защиты личности. В третьей приведенной здесь группе наблюдаются социально-психологическая дезадаптация, психосоматические реакции, неадаптивные копинг-стратегии, высокая тревожность; критическая ситуация воспринимается как угрожающая.

Основными ситуациями, чаще всего оказывающимися критическими или кризисными в жизни взрослых (зрелых) людей, как отмечают в один голос иностранные и отечественные ученые и практические психологи, психодиагносты, психологи-консультанты и психотерапевты, являются

следующие типы ситуаций: *семейные конфликты и разводы, профессиональные кризисы, утраты близких, болезни, ситуации физического и сексуального насилия, критические социально-экономические ситуации* [6, 8].

Именно с позиций вышеизложенных положений и была разработана модель преодоления экзистенциального кризиса личности на разных этапах ее онтогенетического развития в целях не только апробации выявленных в ходе эмпирического исследования психологических закономерностей и механизмов выхода из экзистенциального кризиса, но и экспериментального их подтверждения (см. Рис. № 1).

Модель представляет собой целостную систему, содержащую взаимосвязанные между собой блоки, отражающие традиционные и проверенные виды психологической помощи в кризисной ситуации [8].

Это (традиционно) *детерминационно-ориентировочный блок, содержательно-технологический и критериально-рефлексивный блоки*.

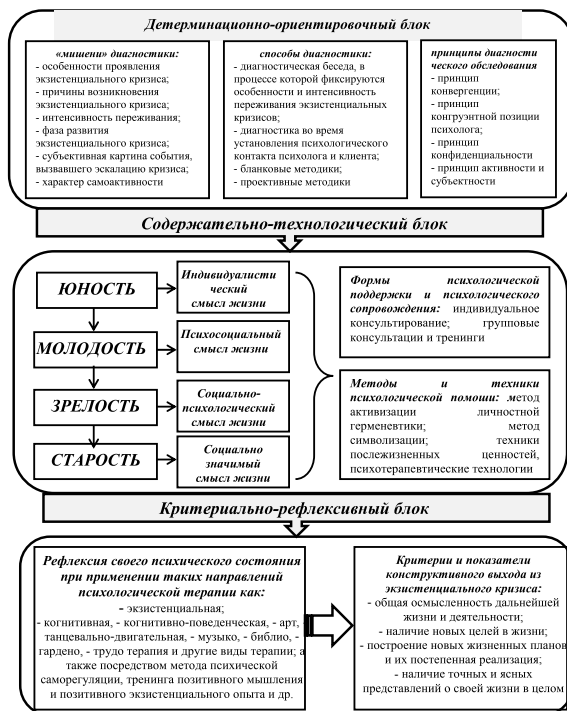
Однако разработанная модель и способы ее реализации имеют свою специфику. Речь идет о высших уровнях организации психики. В связи с этим организация психологической помощи личности в ситуации переживания ею экзистенциального кризиса должна быть ориентирована как на групповое, так и индивидуальное взаимодействие консультанта и клиента.

Первый блок разработанной модели традиционно включает в себя способы психодиагностики и выявления проблем клиента (см. далее Рис. 1).

Таким образом, *детерминационно-ориентировочный блок* настоящей модели отражает мишени, способы и технологии психодиагностики особенностей протекания экзистенциального кризиса у лиц разного возраста: причины, особенности проявления, интенсивность переживания, фазы развития, самореализуемые меры его преодоления, а также актуальное состояние развития экзистенциального ресурса личности и ее экзистенциального опыта.

Учитывая то, что сам клиент полностью не осознает сущность своих психологических проблем, авторами была разработана схема помощи клиенту во внутриличностном осознании имеющихся экзистенциальных проблем (Сенкевич Л.В., 2021). Такая схема помогает алгоритмизировать профессиональные действия консультанта на первой фазе психологического консультирования клиента по поводу переживания им своего кризисного состояния (см. Рис. 1).

*Содержательно-технологический блок* данной схемы – это образец общей организации психологической помощи, включающей как индивидуальные, так и групповые формы психологического консультирования, а также дифференциацию их целей и задач, направлений и содержания, в зависимости от этапа онтогенетического развития личности и характера жизненного события, вызвавшего возникновение экзистенциальных проблем; методы и приемы, используемые в практике деятельности психолога и пр.



**Рисунок 1 – Модель преодоления экзистенциального кризиса личности на разных этапах ее онтогенетического развития**

Технология психологической помощи лицам, переживающим экзистенциальный кризис, в общем представляет собой последовательную реализацию ее основных этапов, ориентированных на актуализацию у клиентов процессов осознания, принятия, контроля и решения экзистенциальных своих проблем. Вариативность психологических технологий сопровождения, обусловленная определенным этапом онтогенетического развития личности, отражает необходимость активизации смыслопорождения, смыслового возрождения и/или смыслоперерождения, являющихся психологическими механизмами конструктивного выхода из экзистенциального кризиса.

Таким образом, содержательно-технологический блок этой модели отражает основные методы и техники психологической поддержки клиента, находящегося в состоянии экзистенциального кризиса (см. Рис. 1 выше).

Одним из эффективных нетривиальных методов следует считать метод стимулирования личностной герменевтики.

Е.Е. Сапогова под личностной герменевтикой понимает комплексную функцию самосознания зрелой личности, обеспечивающую активизацию процессов самоинтерпретации и самодетерминации (Е.Е. Сапогова, 2001). Одной из центральных задач использования данного метода при работе с личностью, находящейся в ситуации переживания экзистенциального кризиса, в состоянии глубокого психологического дискомфорта, связанного с утратой смысла жизни, является актуализация экзистенциального опыта, оказание помощи в развитии умения «слышать» свое «Я» и осознавать собственный индивидуальный опыт [7].

Кроме того, эффективным способом решения обозначенной задачи является так называемое автобиографирование, заключающееся в стимулировании клиента в описании его жизненных событий. Повествование об истории своей жизни с обязательным выделением в ней отдельных эпизодов и приданием им смысла способствуют созданию определенного образа себя и своего жизненного пути. В таком повествовании личность осознает и вновь обретает себя, обретает чувство тождественности с самой собой как с психологическим уникамом.

Условия эффективности автобиографирования для клиента как индивидуальности заключаются в следующем:

1) избегать усвоенных стереотипов и общепризнанных правил интерпретации жизненных событий;

2) акцентировать внимание на актах несовпадения событий своей собственной жизни с общепринятыми и ожидаемыми сценариями и жизненными сюжетами;

3) выходить за обыденное описание жизненного события, апеллируя к воспоминаниям о переживаниях, связанных с поиском ответов на экзистенциальные вопросы бытия.

Роль специалиста-психолога здесь – помочь клиенту как субъекту собственного развития создать свое уникальное знаково-символическое содержание описания жизненных событий, то есть свой уникальный экзистенциальный словарь как свое хранилище экзистенциального опыта.

Работа над созданием своего экзистенциального словаря, с помощью которого воссоздается экзистенциальный опыт, уникальный для каждой личности, предполагает оказание помощи клиенту как неповторимому человеку в структурировании единиц анализа в единый индивидуальный тезаурус. Такая структура определяется самим клиентом и его осознанием того, какие экзистенциальные семантические единицы, какие ассоциации, символы разместить на ближнем или отдаленном расстоянии от центра, составляющего образ его индивидуального «Я». М.Н. Эпштейн называет «персональный тезаурус» срезом сознания личности и ее видения жизни как целостного явления. В экзистенциальный словарь включаются абстрактные

понятия и категории, биографические и географические названия и имена, жизненные события, социальные институты, а также единицы, отражающие отношение к ним, символы, объединяющие сходные признаки такого отношения. Создание такого словаря осуществляется на основе автобиографических описаний, описаний фантазий, сновидений, впечатлений от различных событий, воспоминаний и пр. (Экзистенциальная психология. Под ред. Р. Мэя, 2001).

Необходимо отметить, что суть данного метода не сводится только к констатации определенных произошедших жизненных событий: «развод», «дружба», «смерть родителей» и т.д. Главное здесь – создать все необходимые условия для оказания помощи клиенту в переводе биографических сведений в автобиографическое их описание. Е.Е. Сапогова отмечает, что так называемые биографемы, помогающие субъекту удерживать в памяти некоторые факты жизни, образуют определенный фон для дальнейшего их осмысления конкретной личностью, пережившей какое-то значимое событие. При этом так называемые автографемы содержат оценку человеком своего отношения к этим знаковым обстоятельствам своей жизнедеятельности. Это отношение и представляет собой субъективное отражение индивидом произошедших событий, образует внутренний мир подобных определяющих, самопонимание жизненных случаев (Е.Е. Сапогова, 2001).

Итак, помощь человеку в экзистенциальном описании его жизненных событий с целью придания им личностного смысла осуществляется посредством специальных психологических техник, заключающихся в использовании таких мотивирующих фраз, как, например, «...лично для меня эти рабочие отношения значили...», «моя любовь к этому человеку открыла мне...», «благодаря этому событию я смог понять...», и т.п. В процессе консультативной беседы происходит так называемое эмоциональное выговаривание клиента, ему открывается возможность вербализовать свой экзистенциальный опыт и осознать его. Доверительное самораскрытие личности клиента позволяет достичь экзистенциального уровня обобщения прожитого отрезка жизненного пути, своих внутренних переживаний, связанных с этой фазой жизнедеятельности, и тем самым осознать смысл жизненной ситуации.

В представленной ниже Табл. 1 отражены стадии установления доверительных отношений психотерапевта с клиентом, критерии и показатели успешной реализации каждой выявленной стадии [10].

Таблица № 1

**Критерии и показатели динамики установления доверительных отношений между психологом-консультантом и клиентом**

Этапы установления доверительных отношений	Стадии и технологии установления контакта	Критерии развития доверительных отношений на каждой стадии	Показатели в пределах каждого критерия на определенной стадии
Начальный этап установления контакта – уровень общения. Результат – нормализация характера общения	1 стадия Накопление согласия	Состояние удовлетворенности и положительные эмоции от первых контактов в процессе общения	1. Снятие напряженности и психологических барьеров 2. Желание общаться по линии согласия
	2 стадия Поиск общих и совпадающих интересов и мнений	Снятие контроля и первичные проявления доверия в общении	1. Совпадение представлений, оценок, мнений, суждений, ценностей, эмоций и чувств 2. Расширение и углубление пространства общения по линии поиска общих интересов
Процесс установления контакта – уровень взаимодействия Результат – стабилизация характера общения и взаимодействия	3 стадия Принятие качеств и раскрытие свойств, способствующих установлению контакта	Установка и готовность к развитию контакта с целью продолжения взаимодействия	1. Осведомленность о личностных характеристиках друг друга 2. Взаимное стремление к продолжению конструктивного взаимодействия
	4 стадия Выявление качеств и характеристик, препятствующих установлению контакта	Устойчивые стремления к углублению и сохранению контактов в процессе взаимодействия	1. Стремление к совместному анализу проблемных качеств, свойств, поступков 2. Нарастание согласия, открытости, откровения
Завершающий этап установления контакта – уровень отношений Результат – оптимизация характера общения, взаимодействия, взаимоотношений; достижение доверительных отношений	5 стадия Адаптация друг к другу и формирование индивидуального взаимодействия	Устоявшиеся, стабильные, контакты, взаимно обогащающие, доверительные отношения	1. Целенаправленное приспособление друг к другу 2. Стремление к изменению собственных проблемных качеств, свойств, поступков
	6 стадия Убеждение в рациональности создания пространства доверия и становление эмоциональной близости	Ориентация на перспективы дальнейших взаимоотношений на основе доверия и взаимопонимания	1. Согласованность в действиях, направленных на продолжение доверительных отношений 2. Перенос сформированной установки в другие сферы межличностных отношений

Итак, результаты применения технологий установления контакта показали, что описываемая психологическая работа может быть представлена в качестве логично выстроенных этапов коммуникации с клиентами. В целом разработанные критерии и показатели эффективности процесса преодоления экзистенциального кризиса позволяют отследить постепенные и последовательные процедуры нормализации, стабилизации и оптимизации характера взаимоотношений между психологом и клиентом.

### Литература

1. Ананьев Б.Г. О проблемах современного человекознания. – М.: Наука, 1977. – 380с.
2. Василюк Ф.Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. – М.: МГУ, 1984. – 200с.
3. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Семь дорог женственности. – СПб.: Речь, 2010. – 192с.
4. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. – М.: Смысл, 2004. – 352с.
5. Логинова Н.А. Развитие личности и ее жизненный путь // Принципы развития в психологии / Под ред. Л.И. Анцыферовой. – М.: Наука, 1978. – 156-172с.
6. Орлова Е.А., Поляков Е.А. Модель превенции и поственции суицидального поведения подростков // Психология обучения, 2017. №12. – 175-188с.
7. Сапогова Е.Е. Психология развития человека. – М.: Аспект Пресс, 2001. – 460с.
8. Сенкевич Л.В. Онтогенез и экзистенциальные проблемы: психовозрастной аспект. – М.: РУСАЙНС, 2021. – 240с.
9. Шапарь В.Б. Психология кризисных ситуаций. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2010. – 452с.
10. Экзистенциальная психология / Под ред. Р. Мэя. – М.: Апрель Пресс; «ЭКСМО-Пресс», 2001. – 624с.

## ВОЗМОЖНОСТИ АУТЕНТИЧНОЙ ИНТЕГРАТИВНОЙ СИСТЕМНОЙ ТЕРАПИИ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ВОЗРАСТНЫХ, ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫХ И ТРАВМАТИЧЕСКИХ КРИЗИСОВ

**Аннотация.** В статье представлена аутентичная системная интегративная терапия (АИСТ). Изложены основные положения данного подхода: содействие экологичному проявлению аутентичности, системный подход как основа мировосприятия, интеграция личности, концепций и терапевтических методов, терапия как забота. Показано, каким образом данный подход может быть эффективным средством профилактики возрастных, экзистенциальных и травматических кризисов.

**Ключевые слова:** аутентичность, системный подход, интеграция, психологический кризис.

### Введение

**Постановка проблемы.** С начала XXI века все аспекты мирового кризиса проявляются с нарастающей интенсивностью. Главными из них являются *мировоззренческий, экологический и экономический кризисы*, порождающие кризисы *политические, социальные, демографические*, и проч. Практически во всем мире переживают кризис системы образования и здравоохранения. Все перечисленное провоцирует активизацию личностных кризисов: *возрастных, экзистенциальных и травматических*. Отсюда следует острая **актуальность** разработки и внедрения подходов, дающих простые и эффективные методы профилактики и преодоления кризисных состояний. **Цель данной статьи** состоит в знакомстве читателя с одним из таких подходов.

**Краткое описание подхода АИСТ.** Рассмотрим основные положения предлагаемого подхода. Для этого неизбежно придется вспомнить о вещах общеизвестных.

**Аутентичность.** *Аутентичность* – это подлинность как способность быть собой настоящим. Каждый младенец аутентичен, но не осознан. Осознанность развивается в процессе познания мира и себя в нем. Большое влияние на этот процесс оказывает воспитание. Воспитание же на практике подавляет аутентичность, побуждая ребенка следовать интроецированным представлениям. Избавиться от интроектов можно только на основе осознания того, что это – интроекты. Следовательно, возвращение аутентичности у взрослого человека приводит к изменению ее качества – это уже не просто аутентичность, а осознанная аутентичность. А осознан-

ность, как известно, сопряжена с ответственностью. Ответственность за последствие своих действий, с учетом особенностей среды и актуальных обстоятельств, влияет на аутентичные проявления, порой видоизменяя их, но, в принципе, не лишает их аутентичности. *Отсюда вывод: осознанные проявления аутентичности отличаются от неосознанных.* На этом основании (впрочем, не только на этом) можно сделать вывод о качественном различии между осознанной аутентичностью и неосознанной. Осознанная аутентичность – это естественное осознанное бытие-в-мире.

Путь к осознанной аутентичности лежит через осознанное освобождение от всего наносного. Ф. Пёрлз [6], на наш взгляд, очень удачно уподобил этот процесс очистке луковицы. Слои клише, социальных установок, социальных ролей... Есть ли что-то неистинное, но более глубинное? Ценности, интроецированные порой в раннем детстве и ставшие как бы частью себя. Основанные на них смыслы... Все это (и это список можно продолжить) присутствует большей частью на бессознательном уровне и является той шелухой, не избавившись от которой невозможно достичь аутентичности.

**Системность.** Осознанное бытие-в-мире основано на осознании себя как части этого мира. Как известно, функционирование каждой системы определяется внутрисистемными взаимосвязями. Согласно мировоззренческой парадигме, каждая система состоит из подсистем и, в свою очередь, является подсистемой другой системы (или систем). С этой точки зрения, благополучие человека строится на основе гармонизации как внутрисистемных взаимосвязей, так и взаимосвязей с теми системами, частью которых он является (группа, сообщество и т.п.) или с которыми человек взаимодействует как с внешними (например, другие люди, животные, сторонние организации, объекты природы и т.д.). Речь здесь идет, безусловно, о сохранении динамического равновесия в непрерывно меняющихся условиях. Для этого необходима осознанность, в идеале – непрерывная. Однако к теме осознанности и ее развитию мы вернемся ниже.

**Интегративность.** Интегративность в нашем подходе имеет не одно значение. Во-первых, она подразумевает осознанную интеграцию человека. Во-вторых – интеграцию различных направлений психологии и психотерапии. В-третьих – интеграцию в психотерапевтический процесс древних психотехник. Рассмотрим названные виды интеграции подробнее. Под осознанной интеграцией человека имеется в виду осознание человеком своих внутрисистемных взаимодействий в контексте его вовлеченности во взаимодействия с внешними системами. Внутрисистемные взаимодействия чрезвычайно разнообразны. Однако на «психотерапевтическом» уровне рассматриваются обычно прежде всего системы, связанные с основными классами психических процессов: восприятие, переживания (эмоции),

когниции (познавательные процессы) и поведение / деятельность. В отдельных случаях требуется рассмотрение иных подсистем человека или более детальное рассмотрение названных. Дальнейшее углубление в этот вопрос в этом месте статьи нам представляется нецелесообразным. Интеграцию различных концепций и методов отличает от эклектики наличие единой теоретико-методологической платформы, на основе которой производится интеграция. В нашем случае – это разработанный нами интегративный системно-процессуальный подход, подробно описанный в монографии [2]. На его основе нами разработаны интегративные модели личности и личностного роста [2, 3]. На основе этих моделей используются методы психологического («психотерапевтического») воздействия, создающие благоприятные условия для личностного роста. Понятие личностного роста мы рассматриваем как изменения личности в направлении развития адаптации, самореализации и осознанной целостности на основе развития осознанности. Исходя из этого, мы считаем возможным интеграцию любых методов психологического («психотерапевтического») воздействия, способствующих развитию осознанности клиента. Из сказанного выше следует, что основой для развития аутентичности, системного мировоззрения и интеграции (в различных ее смыслах) является осознанность. Становится очевидным, что это понятие нуждается в более тщательном рассмотрении.

**Осознанность.** Понятие «*осознанность*» сопряжено с понятиями «*сознание*», «*осознание*» и «*осознавание*». Рассмотрим сначала понятие «*сознание*». В советской психологии было принято определять его обобщенно-философским образом, например, как «высший уровень психического отражения и саморегуляции», эмпирически проявляющийся «как совокупность чувственных и умственных образов, непосредственно предстающих перед субъектом в его «внутреннем опыте» и предвосхищающих его практическую деятельность» [7, С. 368-369]. Однако это определение не раскрывает суть сознания. Там же приведены основные характеристики сознания: активность, интенциональность, способность к рефлексии и самонаблюдению, мотивационно-ценностный характер и различные степени (уровни) ясности. Однако о том, как оценить эти характеристики, ничего не говорится. Там же сообщается о том, что это остается неразрешенной проблемой психологии. На наш взгляд, заслуживает внимания трактовка сознания, предложенная В.М. Аллахвердовым, согласно которой понятие «сознание» может иметь разные значения в зависимости от того, используется ли оно как философская категория или как эмпирический термин. Как эмпирический термин оно, согласно В.М. Аллахвердову, отражает эмпирическое явление – осознанность. [1] В.М. Аллахвердов определяет сознание «...как эмпирический факт представленности субъекту картины мира и самого себя...». [1, С. 116] Заметим, что сознание

обычно трактуется в психологических текстах или как осознание того, на что направлено внимание, или как область психического пространства, все части которого уже когда-либо осознавались. Очевидно, что направленность (интенциональность) сознания определяется направленностью внимания, а сохранение в нем осознанного – памятью. Под осознанием обычно понимают или процесс превращения неосознанного в осознанное в результате направления на него сознания (внимания), или результат этого процесса, состоящий в «представленности субъекту» того, что осознавалось. Для того чтобы не путать процесс с его результатом, в психотерапевтической литературе для обозначения процесса осознания ввели термин «осознавание». Таким образом, осознание приносит сознанию то, на что в данный момент направлено внимание. Такие фрагменты накапливаются в сознании и в итоге создают общую картину всего, что было осознано. Сознание можно рассматривать не только как разновидность процесса психического отражения, но и как функциональную систему, позволяющую лучше ориентироваться в мире и, следовательно, лучше адаптироваться к нему, а также проявляться в нем и проникать в сущность явлений и их взаимосвязей. Определим *осознавание* как процесс превращения неосознанного в осознанное. Из этого определения следует, что осознавание относится к некоторому определенному моменту или интервалу времени. Тогда *осознание* можно определить как результат осознания. Осознание сохраняется в памяти и вследствие этого может со временем утрачиваться частично или полностью, а также искажаться подобно тому, как это бывает с прочим содержимым памяти. *Сознание* – совокупность всех имевших место осознаний. Определим *осознанность* как состояние непрерывного осознания своего восприятия того, что происходит во внешнем и внутреннем мире. С древних времен осознанность связывают с вниманием. Действительно, осознается именно то, на что направлено внимание. Поэтому для развития осознанности используются практики-тренировки различных аспектов внимания.

**Кризисы и жизнестойкость.** В жизни каждого человека имеют место кризисы и травмоопасные ситуации. Психологический кризис принято определять как временное нарушение психического равновесия, обусловленное внешними и внутренними обстоятельствами. Однако данное определение не подходит к кризисам старения, поскольку эти кризисы продолжаются до конца жизни. Отчасти это относится и к травматическим кризисам, которые могут быть бессрочными при отсутствии психологической помощи. Предпосылки для возрастных кризисов обусловлены закономерностями возрастного развития. Однако их реализация зависит как от внешних условий, так и от внутренних. Хорошо известно, какие внешние условия способствуют усугублению каждого из возрастных кризисов, а какие – смягчению. Внутренние условия связаны как с конститу-

ционально обусловленной психофизической организацией организма, так и с его состоянием, обусловленным не только актуальными событиями, но и образом жизни, мировоззрением, отношением к себе, миру, людям, природе, Богу, и т.д. Именно внутренние условия определяют устойчивость к неблагоприятным внешним воздействиям, т.е. жизнестойкость (*hardiness*). Примечательно, что различные авторы выделили различные факторы, способствующие жизнестойкости. Рассмотрим для примера лишь некоторые из них, сознательно не упоминая многих авторов и многие факторы с тем, чтобы не перегружать текст. Итак, прежде всего – сохранение осознанности (гештальт-терапия) [13], биодинамика [9] и др.), принятие ситуации (С. Мадди) [14], позволяющее адекватно её воспринимать и видеть возможности для совладания с ней (С. Мадди) [14], (Э. Фромм) [12], мужество (Э. Фромм) [12] и смысл (В. Франкл) [11] самозащиты и поисков выхода, опора на позитив (С. Мадди) [14], (М. Уайт) [10] и др.

Поддержка со стороны других людей (эмоциональная, информационная, деятельностная (К. Роджерс, гештальт-терапия) [13], (А.Г. Маклаков, биодинамическая терапия) [9] и многие другие, помощь другим людям [11], телесные ресурсы (Дж. Кепнер) [13], биодинамика [9]), эмоциональная энергия [13], необходимые знания и навыки [13].

М. Селигман и К. Петерсон (позитивная психология) добавляют смелость, человечность, справедливость, самоконтроль, способность к трансценденции и духовным переживаниям, а также чувство юмора [15].

С. Мадди [14]: «жизнестойкость» (*hardiness*): 1) вовлечённость в процесс жизни (контакт с реальностью); 2) уверенность в возможности влиять на события; принятие вызова как возможности развития.

Д.А. Леонтьев [5]: «личностный потенциал» – системное образование, связанное с волей, силой Эго, внутренним локусом контроля, ориентацией на действие и т.п., обеспечивающее самодетерминацию личности.

Когнитивно-поведенческая терапия 3-й волны (Дж. Кабат-Зин) [4] и др. выдвигает на первое место *mindfulness* (состояние полноты осознания без мыслей и эмоций).

На наш взгляд, важно все перечисленное выше. Однако первостепенное значение мы придаем сохранению осознанности, принятию ситуации в сочетании с адекватной оценкой как ситуации, так и своих возможностей, вере в возможность найти выход, состоянию осознанного глубокого покоя в сочетании с бдительностью и готовностью к действию, находчивостью, внутреннему локусу контроля и осознанию естественной тенденции в развитии событий.

**Возможности аутентичной интегративной системной терапии при психологическом сопровождении возрастных, экзистенциальных и травматических кризисов.** Рассмотрим возможности аутентичной интег-

ративной системной терапии (АИСТ) при психологическом сопровождении возрастных кризисов. Опустим кризисы, связанные с взрослением, поскольку подход АИСТ ориентирован на работу со взрослыми людьми. Различные авторы выделяют три основных кризиса во взрослом возрасте:

- 1) кризис адаптации к взрослой жизни (20-25 лет);
- 2) кризис самореализации среднего возраста (35-45 лет);
- 3) кризис старшего возраста, связанный с уходом на пенсию и старением как утратой возможностей и способностей (после 60 лет).

Эти кризисы могут переноситься легче или вообще не реализоваться:

- 1) у хорошо адаптирующихся молодых людей;
- 2) у успешно реализующих в жизни свой творческий потенциал, то есть, самоактуализирующихся;
- 3) у самодостаточных, психологически устойчивых, принимающих и сохраняющих аутентичную осознанность, и в силу этих причин медленнее стареющих и спокойнее принимающих свое старение.

Как было сказано выше, АИСТ направлен на развитие осознанности вообще и осознанной аутентичности в частности. Осознанность способствует адекватному восприятию и адекватному поведению. Очевидно, что молодой человек, хорошо осознающий различные аспекты социальной ситуации, в которой он находится, а также свои способности и возможности их применения в этой ситуации, имеет минимальные риски дезадаптации и максимальные возможности для самореализации (самоактуализации). Это создает оптимальные условия для того, чтобы благополучно миновать кризисы молодого и среднего возраста. Для старшего возраста характерно существенное повышение риска психологических травм – как шоковых, так и хронических. Шоковые травмы связаны с внезапными заболеваниями, падениями, потерей близких (родственников и друзей). Они усугубляются тем, что происходят на фоне хронической травматизации, обусловленной постепенным угасанием сил и здоровья. К этому добавляются психологические изменения, обусловленные склеротическими процессами: повышенная подозрительность и раздражительность. Эти качества нередко приводят к конфликтным ситуациям, вносящим свою лепту в процесс травматизации. Постепенно все более отчетливой становится фигура смерти, обуславливающая экзистенциальный кризис. Содействие совладанию с экзистенциальным и травматическим кризисами мы рассмотрим ниже.

Начнём с экзистенциальных кризисов. Они обусловлены экзистенциальными проблемами, которые в разных источниках формулируются по-разному. Приведем их список, полученный нами на основе анализа целого ряда источников:

- 1) проблемы самопознания и аутентичности: поиск ответа на вопрос «кто я?»;

2) проблема абсурдности бытия и поисков смысла и предназначения («зачем я?»);

3) проблема бремени ответственности за все содеянное;

4) проблема принятия факта смертности всех живых существ и собственной смерти. Все эти проблемы нередко появляются в сознании подростков. Однако проблема самоосознания в контексте поиска профессиональной и социальной идентичности с особенной остротой всплывает в возрасте 20-25 лет, вызывая соответствующий кризис. В тот же кризис вносит вклад тесно связанная с ней проблема поиска своего предназначения и связанного с ним смысла жизни. О применении АИСТа для разрешения таких проблем мы написали выше. Проблема ответственности за уже осуществленные жизненные выборы и их последствия становится центральной в кризисе среднего возраста. И, естественно, проблема встречи со смертью обостряется в ходе последнего кризиса. Таким образом, мы видим, что все возрастные кризисы взрослого человека имеют экзистенциальный характер.

Рассмотрим травматические кризисы. Они могут возникать в любом возрасте. Травматический кризис отличается внезапностью своего возникновения, что лишает возможности подготовиться к нему. Это усугубляет разрушительное действие подобного кризиса. Можно ли подготовиться к таким кризисам? Да! В том смысле, что можно сделать психику более устойчивой. В системе АИСТ для этого применяется обширный набор упражнений, направленный на комплексное укрепление психофизической системы. Назовем основные из них.

***Упражнения, способствующие развитию способности к принятию.*** Среди них есть наши авторские разработки, и также психотехники, заимствованные из буддийской и христианской традиций.

***Упражнения для релаксации.*** Здесь мы сочетаем даосские методики с элементами вегетотерапии В. Райха, биоэнергетики А. Лоуэна, аутогенной тренировки И. Шульца и целого ряда других подходов и методов как современных, так и древних.

***Упражнения, способствующие развитию осознанности.*** Преимущественно, это различные практики тренировки внимательности, заимствованные из буддийской традиции (випассана (пали), випашьяна (тиб.)).

***Упражнения, содействующие развитию уверенности в себе.*** Здесь применяются различные упражнения, связанные с заземлением (из биоэнергетического подхода А. Лоуэна, биодинамики Л. Марчер, даосской традиции ци-гун / нэй гун, и проч.).

***Методики, способствующие проявлению креативности (находчивости) в неблагоприятных условиях.*** В основном, это наши авторские наработки, связанные с формированием творческого состояния на основе спокойной осознанности и уверенной сенситивности.

Примечательно, что психологическое принятие и телесная релаксация на практике оказываются тесно взаимосвязанными. Релаксация также способствует повышению телесной (сенсорной) и эмоциональной чувствительности (сенситивности). Здесь уместно отметить, что травматизация приводит к снижению как телесной и психической чувствительности, так и способности к принятию. Поэтому работа с травмированными клиентами/пациентами обычно начинается с релаксации. Однако повышение чувствительности делает человека более уязвимым. Поэтому методы, содействующие релаксации, важно сочетать с развитием психофизической устойчивости. Такое сочетание постепенно ведет к формированию навыка спокойной (расслабленной) бдительности. На этом пути приходится преодолевать препятствие в виде устоявшихся у большинства людей связей: бдительный (внимательный) – напряженный; расслабленный – невнимательный, рассеянный. Преодоление этих препятствий и развитие спокойной (расслабленной) бдительности способствуют практики осознанности. В итоге комплексное применение различных подходов и методик дает результат в виде сочетания спокойной чуткой бдительности, обеспечивающей адекватное восприятие и безопасность, психофизической устойчивости к неблагоприятным условиям, оптимизации поведения и находчивости в сложных и экстремальных ситуациях.

Та же совокупность методов, хотя и в несколько ином применении, помогает восстанавливаться и людям с ПТСР. Существенно, что, при наличии общих принципов, единого алгоритма работы для всех клиентов здесь нет. К каждому человеку требуется свой, индивидуальный подход. Более того, психофизическое состояние каждого человека непрерывно изменяется, что приводит к изменению методов работы. Иначе адекватно подобранные методы быстро утрачивают свою адекватность и могут стать неэффективными, а то и вредными. Это обстоятельство требует от терапевта непрестанной заботливой бдительности и бережной гибкости в ходе терапевтического процесса. Существенно, что это относится ко всем методам терапии. Однако, к сожалению, далеко не всегда при обучении психотерапии развитию у будущих терапевтов упомянутых качеств уделяется должное внимание.

Ещё несколько слов о профилактике острой травмы. Хорошо известно, что травматизация в кризисной ситуации зависит от устойчивости человека. Комплексный подход системы АИСТ может оказаться эффективным и в этом случае. Правда, уверенно заявлять об этом без статистически значимой апробации преждевременно. Поэтому мы пока говорим лишь о возможности. Однако некоторая пилотажная апробация в условиях боевых действий вселяет надежду. Установки и навыки, сформированные благодаря практике системы АИСТ, помогли владеющему ими бойцу не только

остаться одним из немногих выживших в чрезвычайно экстремальной боевой ситуации, но и помочь выжить нескольким своим сослуживцам. Впоследствии, узнав об этом, к нему потянулись другие сослуживцы, которых он обучал наиболее пригодившимся методам системы АИСТ в то время, когда их часть отвели от линии фронта. Впоследствии многие бойцы благодарили его за формирование навыков, позволявших им сохранять осознанность и бдительность в экстремальных ситуациях. Сам он впоследствии еще семь (!) раз «чудом» оставался в живых. Отметим, что при этом он с честью выполнял сложные боевые задачи.

Важно сказать еще и о помощи тем, кто переживает кризис старения. Эти люди находятся в особо трудной ситуации в связи с тем, что у них возможности организма (как психофизического единства) неумолимо угасают. Конечно, на этом фоне возможны улучшения психофизического состояния, когда – кратковременные, когда – длящиеся месяцы и даже годы. Однако общая динамика неизбежно ведет к разрушению и смерти. Попытки противостоять этому процессу возникают естественным образом практически у каждого человека. Однако они, как правило, проявляются в напряжении. Психическое напряжение снижает бдительность и провоцирует физическое напряжение. Последнее может проявляться в повышении артериального давления (что повышает риск кровоизлияния в виде инфаркта или инсульта), снижает устойчивость тела (повышая риск падений и травм). Поэтому в работе со стареющими людьми акцент делается на сочетании телесного расслабления и психологического принятия. На этом фоне весьма полезными оказываются как практики внимательности, так и практики формирования уверенности и творческого состояния. Последние создают благоприятные условия для возникновения новых смыслов, а также для улучшения качества жизни, делая ее более полноценной и, вследствие этого, приносящей больше удовлетворения. Это удовлетворение, в свою очередь, укрепляет спокойствие и уверенность в правильности происходящего. Так формируется система психофизической, а то и психофизико-социальной самоподдержки. Социальный компонент добавляется постольку, поскольку такой человек может стать более полезным окружающим его людям. Переживание собственной нужности (или ненужности) для многих стареющих людей становится особенно значимым фактором.

### **Выводы**

Аутентичная интегративная системная терапия (АИСТ) объединяет методы (психотехники) разных направлений психотерапии и древних религиозных традиций в единую систему на основе совокупности принципов, главным из которых является развитие осознанной аутентичности на основе системной парадигмы.

Система АИСТ может быть эффективной при работе со всеми разновидностями психологических кризисов.

Важнейшим условием эффективности системы АИСТ является подготовка специалиста – не только знающего, но и доброжелательно-чуткого (сенситивного), стрессоустойчивого, спокойно-бдительного и психологически гибкого.

АИСТ демонстрирует эффективность при сравнительно немногочисленных случаях ее применения. Для уверенной оценки ее эффективности необходима масштабная апробация.

## Литература

1. Аллахвердов В.М. Сознание как парадокс. Экспериментальная психологика. Т. 1 / В.М. Аллахвердов – СПб.: «Издательство ДНК», 2000. – 528с.
2. Андреев А.С. Фасилитация личностного роста: монография. – Симферополь: Н.Орианда, 2012. – 212с.
3. Андреев А.С. Личностный рост как развитие осознанности // Мир психологии, № 2, 2016. – 70-77с.
4. Кабат-Зинн Дж. Куда бы ты ни шел, ты уже там: Медитация полноты осознания в повседневной жизни. – М.: «Класс», Издательство Трансперсонального института, 2001. – 208с.
5. Леонтьев Д.А. Личностный потенциал как потенциал саморегуляции. – Москва: Смысл, 2006. – 679с.
6. Перлз Ф. Гештальт-подход и Свидетель терапии. – М.: Полигран, 1996. – 240с.
7. Психология. Словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Политиздат, 1990. – 494с.
8. Райх В. Функция оргазма. Основные сексуально-экономические проблемы биологической энергии. – СПб. – М., 1997. – 303с.
9. Телесная психотерапия. Биодинамика / Ред.-сост. В.Б. Березкина-Орлова. – М.: АСТ: АСТ Москва, 2010. – 409с.
10. Уайт М. Карты нарративной практики: Введение в нарративную терапию / Пер. с англ. Д. Кутузовой. – М.: Генезис, 2010. – 326с.
11. Франкл В. Человек в поисках смысла. Пер. с англ. и нем. Под общ. ред. Л.Я. Гозмана, Д.А. Леонтьева. – Москва: Прогресс, 1990. – 368с.
12. Фромм Э. Душа человека. – М.: Республика, 1992. – 430с.
13. Kernner J. Body process: Working with the body in psychotherapy. San-Francisco: Jossey-Bass Publishers. A Gestalt Institute of Cleveland publication, 1993. – 223 p.
14. Maddi S. R. Hardiness: The courage to grow from stresses // The Journal of Positive Psychology. – 2006. – Т. 1. – Р. 160-168.

15. Peterson C., Seligman M. Character strengths and virtues: A handbook and classification. – Oxford University Press, 2004.

**Шагидаева Аза Батрудиновна**

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПОДРОСТКАМ В КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ**

**Аннотация.** В данной статье дается представление о чрезвычайных ситуациях (ЧС), об экстремальных ситуациях и критических условиях жизнедеятельности людей; о специфике трудных жизненных ситуаций, в которые попадают люди, в том числе и на бытовом уровне, в своей текущей жизнедеятельности; о психологических типологических особенностях пострадавших людей, жертв чрезвычайных ситуаций разного рода; парадигмах психологической помощи, характеристиках психологического консультирования и специфики психотерапевтических психотехнологий, направленных на работу с людьми, получившими различного рода психотравмы. Все это содержание конкретизировано практически и технологически в контексте психологической помощи подросткам, пострадавшим в экстремальных ситуациях общения в своей текущей социальной жизнедеятельности.

**Ключевые слова:** экстремальные ситуации, критические условия, трудная жизненная ситуация, люди, пострадавшие, жертвы, психологическая помощь, психологическое консультирование, психотерапия, подростки.

### **Введение**

**Экстремальная психология** – это отрасль психологической науки, изучающая общие психологические закономерности жизни и деятельности человека в изменчивых (непривычных) условиях существования: во время авиационного и космического полетов, подводного плавания, пребывания в труднодоступных районах земного шара (Арктика, Антарктика, высокогорье, пустыня), в подземелье, и т.д. Экстремальная психология возникла в конце XX века, синтезировав конкретные исследования в области авиационной, космической, морской и полярной психологии. В экстремальных условиях, характеризующихся измененной афферентацией, измененной информационной структурой, социально-психологическими ограничениями и наличием фактора риска, на человека воздействует семь основных психогенных факторов: *монотония, измененные пространственная и временная структуры, ограничения личностно-значимой информации, одиночество, групповая изоляция (информационная истоцаемость партнеров по обще-*

нию, постоянная публичность и т.д.) и угроза для жизни. Исследования в области экстремальной психологии имеют своей задачей совершенствование психологического отбора и психологической подготовки для работы в необычных условиях существования, а также разработку мер защиты от травмирующего воздействия психогенных факторов [8; 15].

Наряду с этим, по Д.А. Донцову, экстремальная психология (психология кризиса) – это получившая мировую известность и широкое распространение в сфере «человек-человек» научно-эмпирическая отрасль психологии, исследующая специфику кризисных (экстремальных) психических состояний людей, а также профессиональная практика оказания экстренной (психологическая работа с острым стрессом) и посттравматической (психологическая работа с ПТСР) психологической помощи, нацеленная на восстановление и сохранение психического и социального здоровья личности и группы [3].

В экстремальной психологии (психологии кризиса) изучаются такие содержательно-смысловые аспекты, как: основные параметры трудных, кризисных, экстремальных, критических, чрезвычайных ситуаций; специфика переживания людьми разнообразных ситуаций экстремального типа; психологические типологические особенности переживания людьми травматических ситуаций, например, связанных с гореванием, и т.п.; особенности экстремальных психических состояний личности (психотравма, стресс, острый стресс, посттравматическое стрессовое расстройство, и т.п.); специфика психотерапевтических способов работы психолога с последствиями травматических ситуаций, психогенным воздействием экстремальных условий и ситуаций на личность человека; практические методы психотерапии психотравм, острого горя и горевания, острого стресса и посттравматического стресса (например, происходит психотехника «Дебрифинг»); системное стандартизированное наблюдение как способ диагностики психосостояния человека и материал для комплексной психотерапии; психотерапевтические методики работы с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР); типичные психотерапевтические ошибки в работе с психотравмами и т.д. [1; 2; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 11].

**Актуальность настоящего исследования** обусловлена тем обстоятельством, что психологическая помощь подросткам в кризисных ситуациях играет важную роль в их развитии и адаптации к сложностям жизни. Возрастные кризисы могут быть вызваны различными факторами, такими как семейные проблемы, школьная неуспеваемость, стрессовые ситуации или даже потеря близкого человека, при этом, как показано в многочисленных работах психологов различных школ, подростковые кризисы являются крайне распространенными и ярко выраженными среди возрастных кризисов личности [12].

Психологическая помощь в кризисных ситуациях направлена на поддержку подростков, помогая им справиться с эмоциональным дискомфортом, развить навыки решения проблем и повысить их самооценку, что способствует их успешной адаптации в образовательной среде и обществе в целом [2].

В последние годы проводятся многочисленные исследования, направленные на изучение эффективности различных методов и подходов к работе с подростками в кризисных ситуациях. Исследования показывают, что психологическая помощь имеет положительный эффект на психологическое состояние подростков и их способность справляться с кризисными ситуациями. Однако необходимо отметить, что в нашей стране практика оказания психологической помощи подросткам все еще не является широко распространенной и доступной. Во многих учебных заведениях отсутствуют квалифицированные психологи, способные оказывать помощь подросткам в кризисных ситуациях [4; 6].

*Для примера поделюсь своим опытом практической работы в колледже при Московском социально-педагогическом институте (МСПИ).* Психологическая помощь подросткам в кризисных ситуациях оказывается в некоторых учебных заведениях России, не является исключением и наша образовательная организация. Действует кабинет психолога, помощь которого получают различные категории подростков – от попавших в тяжелую жизненную ситуацию (ТЖС) до тех, кто испытывает дефицит общения или кому необходимо получить поддержку в нетипичных обстоятельствах.

Организация психологической помощи подросткам в кризисных ситуациях не ограничена конкретным протоколом, что позволяет гибко, адаптивно и вариативно подойти к решению проблем. Принцип гибкости в оказании помощи и поддержки можно рассматривать как один из ключевых и системообразующих, соответствующих специфике психологических кризисов подросткового возраста [2; 4; 6; 8; 9; 10; 11; 13].

Другой ключевой принцип работы в данной предметной сфере – установление продуктивных доверительных отношений. Подросток, тем более оказавшийся в сложной ситуации, далеко не всегда в состоянии и готов раскрыться и, напротив, будет склонен отвергать помощь извне, особенно если она имеет навязчивый характер и может, по мнению подростка, причинить ему дополнительную травму [2; 4; 6; 8; 9; 10; 11; 13].

Исследования показывают, что опасения, связанные с утратой конфиденциальности в обсуждении личностных проблем, становятся одними из ключевых факторов отказа подростков в получении профессиональной помощи в кризисных ситуациях [13; 14].

Еще один важнейший принцип работы по оказанию психологической помощи подросткам в кризисных ситуациях – наличие выверенно-

го аналитического основания, обеспечиваемое на практике проведением предварительной и последующей психологической диагностики, которая опирается на батарею релевантных методик, прежде всего, проективных психодиагностических методик, простых в понимании, интерпретации исследователем и не вызывающих радикального противодействия со стороны респондента-подростка [2; 4; 6; 8; 9; 10; 11; 13].

Наконец, системообразующим принципом практической работы выступает непрерывный учет и понимание того обстоятельства, что каждый подросток уникален, и методика оказания психологической помощи должна быть адаптирована к его индивидуальным потребностям и особенностям [2; 4; 6; 8; 9; 10; 11; 13].

С учетом наиболее распространенных противоречий и проблем, с которыми сталкиваются практикующие работники психологии образования, психологи-консультанты, ключевой задачей и желаемым результатом оказания психологической помощи студентам колледжа в кризисных ситуациях выступает их ресоциализация (устранение издержек в социализации личности подростка) [11; 13; 14].

#### ***Когнитивно-поведенческая методика оказания психологической помощи подросткам в кризисных ситуациях***

В практической работе по психологической поддержке учащихся колледжа МСПИ в кризисных ситуациях методико-методологической основой выступает применение когнитивно-бихевиорального (когнитивно-поведенческого) подхода.

Как известно, данный подход основывается на том обоснованном предположении, что наше поведение и эмоции определяются нашими мыслями и оценками ситуаций. С помощью этого подхода предлагается изменить негативные и деструктивные мысли и установки, чтобы модифицировать поведение и улучшить эмоциональное состояние человека (включая лиц подросткового возраста) [16].

*Применяемая практическая методика оказания психологической помощи подросткам в кризисных ситуациях с использованием когнитивно-поведенческого подхода включает в себя следующие этапы.*

1. Оценка и анализ проблемы, прежде всего через беседу с подростком, использование анкет и других инструментов для сбора информации, применение психодиагностических методик.

2. Идентификация негативных мыслей и установок, включая такие, как «Я никогда не справлюсь» или «Все вокруг меня ненавидят».

3. Изменение негативных мыслей на более реалистичные и позитивные. Подростку предлагается задать себе тематические вопросы, чтобы проверить достоверность его негативных мыслей и разработать альтернативные, более позитивные мысли.

4. Развитие навыков проблемного решения. Подросткам затем предлагается разработать план действий для решения своей проблемы, что включает определение целей, поиск альтернативных вариантов решения и выбор наиболее эффективного из них.

5. Практика новых поведенческих стратегий. Подростку далее предлагается практиковать новые поведенческие стратегии, которые помогут ему справиться с кризисной ситуацией. Таковыми являются упражнения по релаксации, техники дыхательной гимнастики или методы управления стрессом.

6. Поддержка и мониторинг. Важно продолжать поддерживать подростка в процессе позитивного личностного изменения и мониторить его прогресс. Подростку в этой связи предлагается вести дневник, где он будет отслеживать свои мысли, эмоции и поведение.

В качестве подтверждения положительной результативности практической деятельности привожу следующие практические иллюстрации.

1. *Ситуация.* Максим, студент колледжа, был известен своим асоциальным и антисоциальным поведением, постоянно избегал общения с другими студентами, проводил большую часть времени в одиночестве и часто проявлял агрессивное поведение.

Работа с Максимом при использовании когнитивно-поведенческого подхода была следующей.

1. Была проведена беседа с Максимом, чтобы выяснить причины его асоциального и антисоциального поведения и понять, какие ситуации вызывают у него стресс и тревогу.

2. Психолог помогла Максиму распознать негативные мысли, которые мешали ему общаться с другими. Например, Максим часто думал, что его окружающие не хотят с ним общаться или что он не достоин дружбы.

3. Психолог помогла Максиму пересмотреть свои негативные мысли и разработать более позитивные установки. Он начал задавать себе вопросы, чтобы проверить достоверность своих негативных мыслей и разрабатывать альтернативные мысли, например, что люди могут быть заинтересованы в его обществе.

4. Максиму было предложено разработать план действий для улучшения своих социальных навыков. Он определил цель – научиться начинать разговор с другими студентами колледжа, искал альтернативные варианты решения, например присоединение к клубу или группе интересов, и выбрал наиболее эффективный путь своего социального развития.

5. Максим начал практиковать новые поведенческие стратегии: активное слушание всех окружающих людей, задавание ключевых вопросов преподавателям и инициирование непринужденных разговоров с другими студентами.

6. Психолог продолжала поддерживать Максима в процессе положительного личностного изменения, регулярно проводила с ним беседы и отслеживала его прогресс. Максим вел дневник, в котором отмечал свои мысли, эмоции и поведение.

*Результат.* После работы с психологом Максим стал более социальным и начал активно и позитивно общаться с другими студентами, преподавателями колледжа и всеми окружающими людьми. Он нашел новых друзей и стал чувствовать себя более комфортно в колледже и вне его.

II. *Ситуация.* Денис, студент колледжа, часто проявлял агрессивное поведение и имел проблемы с контролем гнева. Он часто вступал в конфликты с другими студентами и даже применял физическую силу.

Работа с Денисом с применением когнитивно-поведенческого подхода была следующей.

1. С Денисом была проведена обширная беседа, чтобы выяснить причины его агрессивного поведения и понять, какие ситуации вызывают у него гнев.

2. Психологом с Денисом была произведена идентификация его негативных мыслей и установок. Психолог помогла Денису распознать негативные мысли, которые усиливали его гнев. Например, он часто думал, что другие студенты намеренно пытаются его задеть или унижить.

3. Денису психологом была оказана консультативная помощь и эмоциональная поддержка, позволившая ему пересмотреть свои негативные мысли и разработать более позитивные установки. Он начал задавать себе ситуативные вопросы, чтобы проверить достоверность своих негативных мыслей и стал разрабатывать альтернативные позитивные мысли, например о том, что другие студенты могут иметь свои проблемы и что далеко не все конфликты требуют физической агрессии.

4. Денису психологом было предложено разработать план действий для контроля своего гнева. Он определил цель – научиться использовать альтернативные конструктивные стратегии реагирования на конфликтные ситуации, искал альтернативные варианты решения, такие как использование техник расслабления и коммуникационных навыков, и выбрал наиболее эффективный путь своего общения с окружающими людьми.

5. Денис начал практиковать новые продуктивные поведенческие стратегии, такие как глубокое дыхание и счет до десяти перед тем, как реагировать на провокацию, а также использование неконфронтационных способов разрешения конфликтов.

6. Психолог продолжала поддерживать Дениса в процессе его положительного личностно-поведенческого изменения, отслеживая его процесс коммуникации с другими людьми.

*Результат.* После работы с психологом Денис стал более спокойным и научился контролировать свой гнев. Он перестал вступать в конфликты с другими студентами и нашел более конструктивные способы решения коммуникативных проблем.

В итоге работы с психологом данные старшие подростки, студенты колледжа, смогли преодолеть свои проблемы и явно улучшить свое социальное функционирование, – стали более социализированными, социально адаптированными.

Максим стал более социальным и начал активно и конструктивно общаться с другими студентами. Денис научился контролировать свой гнев и использовать более продуктивные способы решения конфликтов.

Таким образом, когнитивно-поведенческий подход оказался эффективным в работе с проблемами социального поведения у подростков – студентов колледжа – и помог достичь положительных конструктивных изменений в их жизни.

Итак, психологическая помощь подросткам, старшим подросткам, в кризисных ситуациях, основанная на когнитивно-поведенческом подходе, позволяет им преодолеть свои проблемы и развить навыки, необходимые для успешной адаптации в обществе. Применяемый подход является эффективным инструментом в работе с подростками, юношеством, молодежью и способствует их психологическому благополучию и оптимальному социальному развитию личности.

### Литература

1. Василюк Ф.Е. Психология переживания: Анализ преодоления критических ситуаций / Ф.Е. Василюк; [Предисл. В. П. Зинченко]. – Москва: Изд-во МГУ, 1984. – 200с.
2. Дозорцева Е.Г. Психологическая травма у подростков с проблемами в поведении: диагностика и коррекция / Е.Г. Дозорцева. – Москва: Генезис, 2007. – 125с.
3. Донцов Д.А. Экстремальная психология: понятийная сущность // Психология XXI столетия // Сборник по материалам ежегодного Конгресса Психология XXI столетия (Ярославль, 15-17 мая 2020) / Под ред. Козлова В.В. – Ярославль, ЯрГУ, ЯГПУ, МАПН, 2020. – 423с. – 118-121с.
4. Зайчиков В.М. Экстренная психологическая помощь участникам образовательного процесса в кризисных ситуациях // Педагогика и психология как ресурс развития современного общества. – 2018. – 336-340с.
5. Козлов В.В. Работа с кризисной личностью: [методическое пособие] / В.В. Козлов. – Москва: Психотерапия, 2007. – 332с.

6. Кошкин К.А., Банников Г.С., Павлова Т.А. Стратегии и методы оказания кризисной психологической помощи подросткам в зависимости от психологического состояния и личностных особенностей // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2015. – Т. 9. – №. 4. – 40-42с.
7. Крюкова М.А., Никитина Т.И., Сергеева Ю.С. Экстренная психологическая помощь / М-во Рос. Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий. Центр экстр. психол. помощи; [Крюкова М.А. и др.]. – Москва: Изд-во НЦ ЭНАС, 2001. – 64с.
8. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И.Г. Малкина-Пых. – Москва: Эксмо, 2008. – 925с.
9. Меновщиков В.Ю. Психологическое консультирование: Работа с кризисными и проблемными ситуациями: [Учеб.-метод. пособие] / В.Ю. Меновщиков. – Москва: Смысл, 2002. – 182с.
10. Новикова М.В. Психологическая помощь ребенку в кризисной ситуации. Пособие. – М.: Генезис. 2006. – 128с.
11. Осухова Н.Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях [Текст]: учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению и специальности «Социальная работа» / Н.Г. Осухова. - 5-е изд., перераб. и доп. – Москва: Академия, 2012. – 319с.
12. Прихожан А.М. и др. Проблема подросткового кризиса // Психологическая наука и образование. – 1997. – Т. 2. – № 1, – 15-20с.
13. Фролова С.В. и др. Стрессосовладающее поведение подростков в различных социально-психологических ситуациях // Проблемы социальной психологии личности. [Электронный ресурс]. URL: <https://rep.vsu.by/bitstream/123456789/27592/1/138-140.pdf> (Дата обращения: 17.10.2023).
14. Щукина М.А., Гаранжа А.В. Чат-консультирование в кризисной психологической службе для подростков // Вестник Вятского государственного университета. – 2021. – №. 1. – 115-124с.
15. Экстремальная психология. Толкование. Большая психологическая энциклопедия. [https://psychology.academic.ru/3520/экстремальная\\_психология](https://psychology.academic.ru/3520/экстремальная_психология) (Дата обращения: 18.10.2023).
16. Эстербрук С.А. и др. Когнитивно-бихевиоральная терапия посттравматического стрессового расстройства (по материалам зарубежных исследований) // Современная зарубежная психология. – 2020. – Т. 9. – №. 1. – 76-84с.

## ПЕРЕЖИВАНИЕ ПОДРОСТКОВОГО КРИЗИСА: СТРЕМЛЕНИЕ К РИСКУ И СТАБИЛЬНОСТИ

**Аннотация.** В статье показаны противоречивые тенденции в переживании подросткового кризиса, наблюдаемые в условиях современного транзитивного общества. В настоящее время удовлетворенность жизнью у подростков связана как со склонностью к риску, так и с интолерантностью к неопределенности.

**Ключевые слова:** подростковый возраст, кризис, личностная нестабильность, транзитивное общество, принятие риска, интолерантность к неопределенности, удовлетворенность жизнью.

**Abstract.** The article shows contradictory trends in the experience of adolescent crisis observed in the conditions of modern transitive society. Currently, life satisfaction in adolescents is associated with both a tendency to risk and an intolerance of ambiguity.

**Keywords:** adolescence, crisis, personal instability, transitive society, risk-taking, tolerance of ambiguity, life satisfaction.

**Постановка проблемы.** Подростковый возраст считается кризисным из-за своего места и роли в онтогенезе: это переход от детства к зрелости. Подросток – уже не ребенок, но еще не взрослый человек. Не только пубертатный кризис, служащий границей между младшим школьным возрастом, называемым вершиной детства, и подростковым возрастом, но и весь этот возрастной период имеет кризисный характер. Продолжается начавшееся половое созревание, рост и перестройка организма, происходят качественные изменения на психологическом уровне.

Во внешнем плане кризисный характер данного возраста проявляется в «трудновоспитуемости» (Л.С. Выготский [1]), в появлении социально значимых проблем – делинквентном поведении, химической зависимости, побеге из дома и бродяжничестве, суицидальном поведении.

Если рассматривать внутренний план, кризисный характер любой стадии развития проявляется, прежде всего, в инволюционных процессах. Разрушается, отмирает то, что было необходимо раньше, но будет мешать ходу дальнейшего развития [1]. В подростковом возрасте принципиально иная, по сравнению с детством, система взаимодействия с ближайшим социальным окружением, т.е. социальная ситуация развития. Подросток начинает ориентироваться на сверстников, а не на взрослых, от значимых взрослых он эмансипируется – психологически отделяется. Коренным образом пере-

страивается мотивационно-потребностная сфера, интенсивно развивается самосознание благодаря появившейся личностной рефлексии, окончательно формируется тип характера. Все это приводит к тому, что подростковый возраст становится временем второго рождения личности [4].

Процессы отмирания старого, перестройки, резких изменений в развитии сопровождают весь достаточно длительный подростковый период, поэтому «... в структуре личности подростка нет ничего устойчивого, окончательного и неподвижного. Все в ней – переход, все течет» Л.С. Выготский [2, С. 242]. Сейчас принято говорить о личностной нестабильности, свойственной подростковому возрасту. Нестабильны эмоциональный фон, самооценка, взгляды на мир. Кроме того, личностная нестабильность выражается в наличии у подростка противоречивых черт, плохо сочетающихся или несовместимых тенденций. Анна Фрейд полагала, что «...подростки исключительно эгоистичны, считают себя центром Вселенной и единственным предметом, достойным интереса, и в то же время ни в один из последующих периодов жизни они не способны на такую преданность и самопожертвование. Они вступают в страстные любовные отношения – лишь для того, чтобы оборвать их так же внезапно, как и начали. С одной стороны, они с энтузиазмом включаются в жизнь сообщества, а с другой – они охвачены страстью к одиночеству. Они колеблются между слепым подчинением избранному ими лидеру и вызывающим бунтом против любой и всяческой власти. Они эгоистичны и материалистичны, и в то же время преисполнены возвышенного идеализма. Они аскетичны, но внезапно погружаются в распущенность самого примитивного характера. Иногда их поведение по отношению к другим людям грубо и бесцеремонно, хотя сами они невероятно ранимы. Их настроение колеблется между сияющим оптимизмом и самым мрачным пессимизмом. Иногда они трудятся с неиссякающим энтузиазмом, а иногда медлительны и апатичны» [12, С. 124]. Именно эта особенность представляет для нас интерес в данной статье.

Возрастные особенности развития в подростковом возрасте, как переходном и кризисном, сохраняются на протяжении жизни многих поколений. Сравнение данных, полученных на протяжении XX века и в последнее время, это подтверждают [10, 11]. В то же время каждое поколение, развиваясь в особых социально-экономических условиях, приобретает специфические особенности. В частности, в США различают *«потерянное поколение»* (рожденные в конце 1880-1900 годах), *поколение G.I* (поколение победителей), *молчаливое поколение*, *поколение бэбибумеров*, *поколение X* (неизвестное поколение), *поколение Y* (миллениалы). На становление личности в подростковый период последовательно оказали влияние первая мировая война, вторая мировая война, послевоенное время с его высокой рождаемостью, холодная война, компьютеризация. В резуль-

тате отдельные когорты оказались травмированными, консервативными, создающими новые субкультуры, пессимистичными, умеющими жить в реальном и виртуальном мире [9].

Одна из отличительных особенностей современного мира – транзитивность. Транзитивное общество характеризуется быстрыми изменениями, происходящими в окружающей действительности, неопределенностью и разнообразием социокультурных контекстов [6, 7]. Глобализация, высокая мобильность, дестабилизация, множественная реальность порождают неопределенность, которая на различных возрастных этапах (в том числе в подростковом возрасте) может вызывать стрессы, которую нужно принять как данность и к которой нужно адаптироваться.

В связи с этим возникает ряд исследовательских вопросов, касающихся подросткового возраста. Как подростки, с их склонностью к экспериментированию и рискованным поведением, относятся к неопределенности? Действительно ли у них преобладает толерантность к неопределенности, или в силу их личностной нестабильности, противоречивости, может проявляться склонность к стабильности? Связано ли их стремление к риску с субъективным благополучием?

**Цель исследования:** показать противоречивые тенденции в переживании подросткового кризиса в условиях современного транзитивного общества.

Поскольку для общества в настоящее время характерна неопределенность, следует поставить следующие **задачи:**

- установить отношение подростков к неопределённости, риску и стабильности;
- выявить, с каким из двух векторов связана их удовлетворённость жизнью.

### **Организация исследования**

Исследование проведено в 2023 году с подростками 14 лет, обучающимися в 8-х классах московской средней общеобразовательной школы. В исследовании приняли участие 80 человек.

Для решения поставленных исследовательских задач был использован следующий методический инструментарий:

- Опросник С. Баднера, модификация Т.В. Корниловой, М.А. Чумаковой [3], шкалы интолерантности и толерантности к неопределенности;
- Тест жизнестойкости Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой (адаптация опросника С. Мадди) [5], шкала принятия риска;
- Шкала удовлетворённости жизнью Э. Динера, адаптация Д.А. Леонтьева [8].

При анализе полученных результатов (корреляционном анализе) использовался критерий Ч. Спирмена ( $r$ -Spearman).

## Результаты исследования

Опросник С. Баднера предоставляет возможность определить выраженность двух тенденций, лежащих в основе отношения к неопределенности – толерантности и интолерантности к неопределенности, а также соотнести их с нормативными показателями, полученными на русскоязычной выборке молодежи младше 30 лет (Т.В. Корнилова). Как видно из Табл. 1, и толерантность, и интолерантность к неопределенности у подростков представлены на одном и том же низком уровне. Поскольку обе тенденции сходны (принятие неопределенности и не менее выраженное ее непринятие, то есть, – склонность к стабильности), обратимся к показателям принятия риска.

Таблица № 1

### Показатели отношения к неопределённости и удовлетворённости жизнью 14-летних подростков (средние значения)

Шкалы/параметры	Показатели 8-классников	Нормативные показатели
Интолерантность к неопределенности	30,4	до 32 низкий уровень
толерантность к неопределённости	26,9	до 31 низкий уровень
принятие риска	15,9	среднее значение 13,9
удовлетворённость жизнью	22,9	максимально возможное значение 35

Полученные в 8-м классе данные выше нормативных показателей, установленных Д.А. Леонтьевым. Можно считать склонность к риску выраженной у 14-летних подростков.

Изучалось также субъективное благополучие, отражающее эмоциональное отношение к жизни. Показателем субъективного благополучия служит уровень удовлетворенности жизнью, достаточно часто определяемый с помощью шкалы Э. Динера, разработанной в русле позитивной психологии. Имея в виду максимально возможный балл, который можно получить по шкале, отметим, что показатели подростков несколько выше среднего балла. Учитывая стандартное отклонение (5,6), можно считать уровень субъективного благополучия уровнем выше среднего.

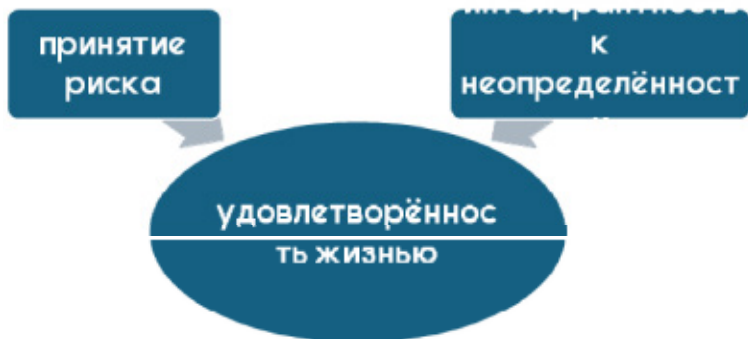
Представляют интерес связи между полученными показателями. Проведенный корреляционный анализ выявил положительные (прямые) связи:

- между удовлетворенностью жизнью и принятием риска ( $r=0,286$ ,  $p \leq 0,01$ );

- между удовлетворенностью жизнью и интолерантностью к неопределенности ( $r=0,334$ ,  $p \leq 0,01$ ).

Исходя из полученных корреляций, можно предположить, что при не очень высокой удовлетворенности жизнью в сложный период подросткового возраста проявляются противоположные тенденции – склонность к

рисуку и к стабильности, реализация которых может повлиять на субъективное благополучие подростков (Рис. № 1).



*Рисунок № 1 – Связи между удовлетворённостью жизнью, принятием риска и интолерантностью к неопределённости у подростков 14 лет*

### Заключение

Подростковый возраст – переходный, кризисный период в развитии еще не зрелой личности. В это время наблюдается личностная нестабильность, проявляющаяся, в частности, в противоречивых чертах, склонностях и поведенческих паттернах.

Современные подростки переживают свой сложный возраст в условиях транзитивного общества, со свойственными ему неопределенностью, изменчивостью и множественностью социокультурных влияний.

Исследование, проведенное с подростками 14 лет, обучающимися в 8-х классах школы, показало, что одним из ярких проявлений противоречивости личностного развития в настоящее время является отношение к неопределенности: выраженными являются две противоположные тенденции – склонность к риску и склонность к стабильности. Установлено, что уровень субъективного благополучия подростков невысок, но при этом удовлетворенность жизнью связана как с принятием риска, так и с интолерантностью к неопределенности.

### Литература

1. Выготский Л.С. Проблема возраста // Собр. соч. в 6 томах. – М.: Педагогика, 1984. – 244-268с.
2. Выготский Л.С. Педология подростка // Собр. соч. в 6 томах. – М.: Педагогика, 1984. – 5-242с.
3. Корнилова Т.В., Чумакова М.А. Шкалы толерантности и интолерантности к неопределенности в модификации опросника С. Баднера // Экспериментальная психология. 2014. № 1. – 92-110с.

4. Леонтьев А.Н. Психологические основы развития ребенка и обучения. – М.: Смысл, 2019. – 423с.
5. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. – М.: Смысл, 2006. – 63с.
6. Марцинковская Т.Д. Информационное пространство транзитивного общества: проблемы и перспективы развития // Консультативная психология и психотерапия. 2019. – Т. 27. – № 3. – 77-96с.
7. Марцинковская Т.Д. Переживание кризиса транзитивности в реальном и виртуальном пространствах: личностный и социальный контекст // Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование». 2022. – № 4. – 30-40с.
8. Осин Е.Н., Леонтьев Д.А. Краткие русскоязычные шкалы диагностики субъективного благополучия: психометрические характеристики и сравнительный анализ // Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены. 2020. – № 1. – 117-142с.
9. Райс Ф., Долджин К. Психология подросткового возраста. – СПб.: Питер, 2014. – 816с.
10. Толстых Н.Н., Прихожан А.М. Психология подросткового возраста. – М.: Юрайт, 2016. – 406с.
11. Толстых Н.Н., Кулагина И.Ю., Апасова Е.В. и др. Социальная возрастная психология. – М.: Академический проект, 2019. – 345с.
12. Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы. Детский психоанализ. – СПб.: Питер, 2022. – 160с.

**Ушков Федор Игоревич**  
**Кантицкий Олег Васильевич**

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ И ИНДИВИДУАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ЛИЧНОСТИ КАК ПРАКТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА В ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ С ОСУЖДЕННЫМИ**

**Аннотация.** В статье рассматриваются вопросы психологической безопасности и индивидуального благополучия личности в психосоциальной работе с осужденными. Психологическая безопасность и индивидуальное благополучие личности представлены как самостоятельные феномены, находящиеся во взаимообусловленности от специфики и условий среды осужденных. Обоснована необходимость учитывать данные феномены при организации комплексного подхода в пенитенциарной психосоци-

альной работе по социальной адаптации и ресоциализации осужденных. Выделены факторы, влияющие на психологическую безопасность и индивидуальное благополучие осужденных, определены профессиональные задачи, связанные с проблемами обеспечения психологической безопасности и индивидуального благополучия личности осужденных в практике психосоциальной работы.

**Ключевые слова:** психосоциальная работа, психологическая безопасность, индивидуальное благополучие, осужденные, адаптация, ресоциализация, комплексный подход, пенитенциарная система, субъектность.

Психология человека, находящегося в ограниченных, сложных, экстремальных условиях жизнедеятельности, связанных с угрозами его жизни, здоровью и благополучию, давно находится в фокусе внимания ученых и практиков. В последние десятилетия в контексте данной проблемы выделились вопросы психологической безопасности и индивидуального благополучия личности, которые приобретают практическую значимость в самых различных сферах жизни. Считается, что безопасность и благополучие являются актуальными триггерами активной жизненной позиции человека, индивидуальной социальной мобильности, личностного и профессионального развития, основой позитивных отношений с окружающими. Это дает основания для рассмотрения психологической безопасности и индивидуального благополучия личности как необходимого элемента психосоциальной работы с лицами, оказавшимися в трудной жизненной ситуации.

В научной литературе категории психологическая безопасность и индивидуальное благополучие отражают качественные характеристики жизни человека, они взаимосвязаны и взаимообусловлены друг с другом, но все же, являются самостоятельными феноменами, фиксирующими различные его стороны бытия человека. В определении психологической безопасности преимущественно учитываются совокупность внутренних психологических феноменов: психологическая защищенность, спокойствие, уверенность, надежность, целостность, внутренний комфорт, гармония, стабильность, и др.

Для определения индивидуального благополучия личности используются такие конструкты, как здоровье, отношения, обеспеченность, свобода, счастье, норма, перспектива, высокое качество жизни, полезные социальные связи и другие, которые отражают этнокультурные, экономические, идеологические и психосоциальные аспекты жизни в том или ином обществе.

Вместе с этим психологическая безопасность и индивидуальное благополучие всегда присутствуют как системообразующие категории в ин-

тегральных, целостных характеристиках личности, таких как «зрелость», «самоактуализация», «самодостаточность», а в характеристике «безопасная и благополучная личность» становятся ориентиром личностного развития и становления. Поэтому в решении психологических и социальных проблем личности данные категории всегда представлены в единстве. Невозможно решать проблему психологической безопасности личности без решения вопросов достижения индивидуального благополучия, восстановления позитивных социальных связей и отношений.

При организации психосоциальной работы с осужденными в пенитенциарных учреждениях понятия психологической безопасности и индивидуального благополучия личности приобретают конкретное содержание, предметность и специфику. Для осужденных осознание и переживание состояния психологической безопасности и индивидуального благополучия специфично, так как их определяющие условия и факторы в среде пенитенциарных учреждений отличаются от условий и факторов безопасности и благополучия личности «на воле». Некоторые из них принимают социально деформированную, извращенную форму (с точки зрения общечеловеческой этики), как например, членовредительство, агрессия, воровство, азартные игры, и др. В связи с этим крайне важным становится формирование у осужденных в процессе психосоциальной работы социально позитивного, ценностного отношения к собственной безопасности и индивидуальному благополучию.

В пенитенциарных учреждениях психологическая безопасность и индивидуальное благополучие у осужденных преимущественно обусловлены двумя группами факторов: формальными и неформальными. Формально условия отбывания наказания определяют общий для всех осужденных статус «осужденный», в то время как неформальные факторы влияют на индивидуальную специфику и особенности социального положения личности каждого осужденного. Среди официальных условий: социально-правовой и уголовно-криминологический статус осужденного; вид исправительного учреждения, режим содержания, срок и условия отбывания наказания; меры организационного и нормативно-правового характера, регламентирующие положение осужденных в исправительном учреждении (трудоустройство, социально-бытовое обеспечение, медицинское обслуживание, психологическое сопровождение и так далее). К числу неформальных факторов, влияющих на психологическую безопасность и индивидуальное благополучие личности относятся: состояние законности и правопорядка в конкретном учреждении; морально-психологический климат и сложившийся характер отношений среди осужденных; неформальные группы и принадлежность к ним, внутренняя иерархия – авторитет, роль и статус среди других осужденных; материальная обес-

печенность; личные связи и их значимость; особенности отношений с персоналом ИУ; религиозность, образование (профессия) и другие.

Психологическая безопасность и индивидуальное благополучие осужденных взаимообусловлено с такими социально значимыми характеристиками личности, как духовно-нравственные ориентации, стремление к законопослушному поведению, сознательность и социальная ответственность.

Среда пенитенциарных учреждений априори воспринимается как потенциально опасная и неблагополучная. Классическим свидетельством такого восприятия является известная среди осужденных фраза «не верь, не бойся, не проси». По сути, она определяет одно из правил достижения и сохранения безопасности среди осужденных.

Нельзя быть наивным и легковерным, так как информация может быть использована в потенциально опасных для адресата целях (обман, подстава, провокация и т.д.), к тому же, среди осужденных одним из источников информации являются постоянно циркулирующие слухи, поэтому в целях собственной безопасности всякую информацию следует перепроверять и уточнять.

Не следует демонстрировать чувство страха, так как это является поводом для манипуляции, шантажа и дальнейшей виктимности личности.

Каждая просьба – это проявление слабости и обязательство перед тем, кто эту просьбу выполняет. За нее обязательно придется «расплачиваться», выполняя ответную просьбу, а она может иметь опасный для исполнителя характер.

Без разрушения подобных стереотипов персоналу и общественным организациям достаточно сложно выстроить эффективную систему воспитательной и профилактической работы с осужденными.

Формирование психологической безопасности и индивидуального благополучия личности является составной частью профессиональной работы сотрудников пенитенциарных учреждений, чья служебная деятельность непосредственно связана с реализацией задач в области воспитательной, социальной и психологической работы. Обоснованность данного утверждения верна с нескольких позиций.

Во-первых, оказание психологической и социальной помощи осужденным является частью государственной социальной политики, важным направлением в организации воспитательной, социальной, психологической работы в уголовно-исполнительной системе. Сотрудники органов и учреждений УИС принимают прямое и непосредственное участие в реализации мероприятий, направленных на преодоление социального неблагополучия граждан, находящихся в сложной жизненной ситуации, нормализации их психического здоровья, обеспечение их психологической и социальной защищенности.

Во-вторых, психологическая безопасность и индивидуальное благополучие непосредственно связаны с адаптационными процессами человека, способствуют его успешной социализации и интеграции в обществе, позитивной социальной мобильности, формированию статусной и ролевой адекватности. Все это определяет вектор и необходимую меру достижения психологической безопасности и социального благополучия для успешной адаптации. Достигнутый уровень безопасности и благополучия в обычной жизни «на свободе» после осуждения оказывается утраченным и не обеспечивающим «автоматически» адаптацию в новой социальной среде. Достижения необходимого уровня психологической безопасности и индивидуального благополучия в среде осужденных требует иных ресурсов и в большей мере зависит от индивидуально-психологических характеристик личности осужденного, его криминального опыта, статуса и связей.

Для лиц, освободившихся из исправительных учреждений, проблемы психологической безопасности и индивидуального благополучия являются не менее актуальными в процессах ресоциализации и дальнейшей социальной адаптации в обществе.

В-третьих, индивидуальное благополучие является внешним условием ресоциализации граждан, утративших социально полезные связи, фактором их дальнейшей реабилитации перед государством, гражданским обществом, семьей, а психологическая безопасность выступает внутренним критерием и индикатором сохранения благополучия в сложных жизненных обстоятельствах.

В-четвертых, психологическая безопасность и индивидуальное благополучие являются регуляторами состояния статуса и поведения индивида. В проведенном ранее исследовании были выявлены два типа реакций на угрозу утраты благополучия и угрозу психотравмирующих факторов у осужденных. Стенический тип реакции на угрозу утраты благополучия (примерно две трети из числа наблюдаемых) – это проявление активного беспокойства, недовольства, агрессии. Одна треть демонстрировала астенический тип реакции – замкнутость, тревожность, неуверенность, страх, беспомощность. При угрозе психотравмирующих факторов стенические и астенические реакции среди осужденных разделились примерно поровну. Что очевидно свидетельствует о том, что среди осужденных индивидуальное благополучие ценится несколько выше, чем психологическая безопасность.

Высокий уровень индивидуального благополучия и средний уровень психологической безопасности был выявлен у респондентов с высоким социальным статусом. Респонденты, обладающие низким социальным статусом, разделены на две подгруппы: адаптированные – средний уровень психологической безопасности и низкий уровень индивидуального

благополучия; неадаптированные – состояние психологической незащищенности и выраженного индивидуального неблагополучия.

Для мотивов достижения психологической безопасности и сохранения индивидуального благополучия свойственен выбор сходных стратегий поведения респондентов: в большинстве случаев – саморефлексия, обдумывание ситуации, поиск и уточнение информации, привлечение дополнительных ресурсов, выбор альтернатив, поиск способов защиты, реже – отсрочка по времени, отсутствие выраженной защитной реакции, смирение, безразличие.

В-пятых, психологическая безопасность и индивидуальное благополучие индивидов являются производными от состояния безопасности и благополучия репрезентативных и референтных групп, к которым они принадлежат. В пенитенциарных учреждениях различные группы осужденных различаются между собой и находятся в определенной иерархии по групповому статусу психологической безопасности и индивидуального благополучия их членов. Эти группы обладают внутренним потенциалом, позволяющим регулировать уровень психологической безопасности и благополучия, а в ряде случаев управлять ими для достижения целей этих групп. Получая от группы необходимую или достаточную степень психологической защищенности и безопасности, индивиды вносят свой вклад в благополучие группы и ее лидеров, иногда за счет перераспределения ресурсов собственного благополучия. Поэтому критерии психологической безопасности и индивидуального благополучия в группах с разным статусом будут отличаться по критерию нормативности – что принято считать благополучием в одной группе не является таким в другой.

В-шестых, самостоятельное обеспечение психологической безопасности и индивидуального благополучия характеризует меру развития его субъектности. Человек (как субъект) сам стремится к обеспечению собственной безопасности и достижению благополучия, возлагает на себя ответственность за их достижение или утрату. Как субъект обеспечения безопасности и благополучия, человек проявляет такие качества, как активная жизненная позиция, творчество и созидательность, стремление к самореализации, уверенность и оптимизм, самостоятельность в достижении целей, опора на свой внутренний мир, духовность, многомерность жизненного опыта, сотрудничество и конструктивное социальное взаимодействие.

Все вышеперечисленные аспекты учитываются при организации психологической и социальной работы с осужденными. Практическое изучение проблемы психологической безопасности и индивидуального благополучия необходимо для решения ряда важных профессиональных задач:

- 1) выявление факторов и определение индикаторов для психологической безопасности и индивидуального благополучия различных категорий осужденных;

2) учет осужденных, находящихся в психологически опасной и (или) индивидуально неблагоприятной жизненной ситуации для принятия обоснованных решений по оказанию адресной помощи;

3) применение современных методов и технологий формирования психологической безопасности и достижения индивидуального благополучия у осужденных;

4) определение спектра необходимой и достаточной социальной, психологической, медицинской, правовой, материальной и иной помощи осужденным по преодолению индивидуального неблагоприятия и обретению психологической безопасности в пенитенциарных учреждениях;

5) активизация личностного потенциала каждого осужденного, направленного на преодоление индивидуального неблагоприятия и достижения приемлемого уровня психологической безопасности;

6) формирование адекватного и конструктивного отношения к жизни, позитивного подхода к решению личных проблем и временных трудностей.

Без практического анализа факторов психологической безопасности и индивидуального благополучия, определения их роли и места в реальной жизни, невозможно дать полную и объективную характеристику психосоциального статуса личности осужденных, а также достигнуть ожидаемых результатов оказываемой психосоциальной помощи.

### Литература

1. Воронин Р.М., Ушков Ф.И. Применение техник психической саморегуляции как перспективное направление психологического сопровождения сотрудников уголовно-исполнительной системы // Актуальные проблемы психологического обеспечения практической деятельности силовых структур: сборник материалов 4 Всероссийской научно-практической конференции ведомственных психологических и кадровых служб с международным участием. – СПб., 2015. – 34-38с.
2. Кантицкий О.В. Социально-психологическая характеристика индивидуального благополучия личности. Лекция. – Рязань: Академия ФСИН России, 2012. – 33с.
3. Проблемы психологической безопасности / отв. ред. А.Л. Журавлев, Н.В. Тарабрина. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. – 440с.
4. Психологическая безопасность как интегральный показатель формирования этнической идентичности в межнациональном взаимодействии россиян: Монография / Е.Б. Перельгина, А.И. Донцов, О.Ю. Зотова [и др.]. – Екатеринбург: Автономная некоммерческая организация высшего образования «Гуманитарный университет»,

2020. – 813с.
5. Психологическая безопасность личности: Учебник и практикум / Ю.П. Зинченко, А.И. Донцов, Е.Б. Перелыгина, О.Ю. Зотова. – 1-е изд. – Москва: Издательство Юрайт, 2019. – 222с.
  6. Психология безопасности: Учебное пособие / Ю.П. Зинченко, А.И. Донцов, Е.Б. Перелыгина, О.Ю. Зотова. – 1-е изд.. – Москва: Издательство Юрайт, 2020. – 276с.
  7. Шамионов Р.М. Субъективное благополучие личности: психологическая картина и факторы. / Р.М. Шамионов. – Саратов: Изд-во «Научная книга», 2008. – 296с.

**Шамонина Татьяна Геннадьевна**

### **ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ С КЛИЕНТАМИ, ПЕРЕЖИВАЮЩИМИ КРИЗИС, С ПОЗИЦИИ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-АНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

**Аннотация.** В статье раскрываются основные идеи и методы работы с клиентами, находящимися в кризисном состоянии, в рамках экзистенциально-аналитической терапии. Уделяется внимание основным теоретическим конструктам и принципам этого метода и тому, как они реализуются в работе с данной проблематикой. Описываются основные «мишени» в работе с клиентами в кризисном состоянии.

**Ключевые слова:** кризис, персональное, фундаментальная мотивация, феноменологическая установка, принять, выдержать, персональный диалог.

**Постановка проблемы.** Текущая ситуация характеризуется тем, что многие не понимают и не могли себе представить того, что происходит в мире: разрушены опоры, ценностные ориентиры и привычный уклад жизни. В связи с этим можно говорить о пребывании большинства людей в перманентном хроническом кризисе или, как минимум, о том, что персональные кризисы отягощены нагружающим внешним контекстом. Встает вопрос о том, какие подходы и методы могли бы помогать не только справляться с кризисным состоянием, но способствовали бы формированию большей внутренней устойчивости и укреплённости.

**Цель статьи.** Ключевой задачей этой статьи является раскрытие потенциала экзистенциально-аналитической терапии в работе с людьми, переживающими кризис. Демонстрация того, за счет каких идей, методов и средств данный подход может помогать людям становиться более устойчивыми, способными выдерживать волны новых непростых событий.

*Изложение основного материала.* Кризис – период, необходимый для ориентировки и адаптации в связи с изменившимися внешними и внутренними обстоятельствами, когда утрачивается личность в проживании и организации жизни [1, С. 70].

В большинстве случаев на консультацию приходят клиенты, находящиеся именно в кризисной ситуации, которая возникла в связи с внешними событиями (развод, политические изменения, сложности в отношениях, и т.п.) и внутренними моментами (панические атаки, депрессия, неуверенность в себе, и т.д.). То, о чем пойдет речь в статье, будет релевантно для работы со многими клиентами.

Прежде, чем перейти к описанию фокуса экзистенциально-аналитической терапии в работе с клиентами, переживающими кризис, остановимся на ее основных положениях. *Ключевая цель этого подхода – помочь клиентам больше становиться собой, больше вносить себя персонально в диалог с собой и миром.* Как экзистенциальным аналитикам нам важно не только помочь клиенту выйти из кризисной ситуации, снять симптомы, уменьшить страдание, но и через это стать сильнее, лучше понять и узнать себя, наладить взаимообмен с собой и миром. Кризисное состояние говорит нам: «Здесь есть неукрепленное место, это то, на что стоит обратить внимание».

Организация помощи человеку в кризисной ситуации в рамках экзистенциально-аналитической терапии основывается на специфическом понимании человека, особой установке в восприятии клиента и его страдания, «мишенью» терапевтического воздействия.

В экзистенциальном анализе человек рассматривается в триединстве трех измерений: телесного, психического и духовного (Персонального) [3, С. 81]. Определенное внимание уделяется всем трем измерениям, но в большей степени оно сосредоточено на Персональном измерении – человеческом в человеке.

Естественным способом жизни человека (при таком его понимании) является диалог, соотнесенность его с миром и с собой (Персональным). Это происходит через размышление, рефлексию и через активное взаимодействие с миром и другими людьми – при помощи слов, поступков, занятия позиции, и т.д.

Персональное в человеке ищет возможности для жизни, которая наполнена смыслом, проживается в свободе и ответственности. Персональное в человеке не закреплено, его невозможно зафиксировать и познать, как что-то константное. Оно может быть проявлено в поступках, словах, позиции, и т.д. Именно через вдумчивое и открытое обращение к ним возможно получить доступ к Персональному. Такое запрашивание Персонального в человеке ведет к пробуждению и активизации Персонального в нем.

В связи с особенностями Персонального многие традиционные методы познания не могут быть применены. Адекватным способом исследования и взаимодействия с Персональным одного человека является включение Персонального другого человека [4, С. 85], что может быть реализовано в феноменологической установке. Следование этой установке является одним из ключевых моментов экзистенциального анализа.

Что это означает на практике? Следование принципам открытости, беспредпосылочности, внимательности к тому, что нам открывается. Не воспринимать что-то, дробя это на части, исходя из теоретических конструкций, а видеть сущностное. Воспринимать человека как единственного и неповторимого. Пытаться понять, как именно этот человек проживает какое-то событие в своей жизни. Например, есть много людей, которые проживают развод, но для каждого это будет что-то свое: для кого-то – ранение самооценки, для кого-то – крушение мировоззренческих установок и т.д.

Терапевт выступает как экран, на котором проявляется сущностное клиента. Мы можем говорить о мужестве субъективности: признавать собственную субъективность, видеть и учитывать ее, чтобы обнаружить отпечаток Персонального клиента.

Феноменологическая установка предполагает постижение целого через фрагменты, общего через конкретное: например, если бы мы взяли каплю из моря и ее анализировали, а через нее смогли бы много узнать о море.

Например, к нам обратилась клиентка, которая испытывает тяжелые переживания в связи с тем, что ее не повысили на работе, хотя она предполагала, что это произойдет. Полгода назад были озвучены критерии для повышения, все это время она много трудилась, чтобы ее показатели соответствовали им. За несколько месяцев до принятия решения о повышении эти критерии были изменены, и клиентка не успела все по ним подготовить. Для каждого человека эта ситуация воспринималась бы по-разному: для кого-то это несправедливость, для кого-то – собственная «плохость», для кого-то – потеря работы как безопасного и предсказуемого пространства в мире.

Феноменологическая установка в восприятии клиента дает возможность не только психологу уловить суть страдания клиента, но и способствует тому, что человек ощущает себя принимаемым, понятым, запрошенным, свободным, что способствует активизации его Персонального [2, С. 114].

Из феноменологической установки «вырастает» основной метод данного подхода – персональный экзистенциальный анализ. Он построен на осознании: как естественным образом человек взаимодействует с собой и миром.

Как осуществляется персональный экзистенциальный анализ? Первый этап – этап сбора фактов. Он очень важен. Нам необходимо получить не

поверхностное описание, а понимание, что именно происходило. На этом этапе мы можем провести довольно много времени. Хороший критерий того, что можно переходить к следующему этапу, – когда у терапевта есть перед глазами «видео-ролик», что и как происходило, какая была последовательность событий. Не остается тёмных пятен и противоречий.

В создании такой подробной картины событий есть польза и для клиента: переживание ценности его самого и его истории, так как этому уделяется время, возможность часто впервые увидеть произошедшее целиком, сделать шаг к его принятию, понимаю себя.

Следующий этап – мы помогаем клиенту дать на себя воздействовать тому, что он описал, соприкоснуться с первичными эмоциями. Здесь мы можем задать вопросы: «Как это Вам ощущается? Как это на Вас воздействует?».

Третий этап – мы способствуем тому, чтобы клиент занял внутреннюю позицию через соотнесение этого опыта и первичных эмоций с его ценностными суждениями. Тогда можем спросить: «Что Вы об этом думаете? Что приходит из глубины, когда Вы соприкасаетесь с этим?».

Следующий шаг – реализация внутренней позиции вовне. Этот этап очень важен и требуют детальной проработки. Примеры вопросов на этом этапе: «Что возможно? Что видится хорошим? Какие последствия? Что нужно для реализации этого?».

Метод персонального экзистенциального анализа позволяет возвращать личности суверенитет, потому что она высвобождается из-под власти обстоятельств и аффектов. Какая бы ситуация ни была, мы можем занять позицию по отношению к этому.

Человек реализует свою позицию в мире. Чтобы структурировать взаимодействие человека и мира, в ходе обобщения практического опыта работы с клиентами, были сформулированы четыре ключевые задачи человека в мире – четыре фундаментальные мотивации. Решение этих задач помогает человеку прийти к исполненной жизни.

Первая фундаментальная мотивация – нахождение опоры для бытия в мире. Это основополагающий момент. Если этого нет, то все остальное шатко, сложно что-то выстраивать. Основной вопрос на уровне первой фундаментальной мотивации: «Я есть здесь – но могу ли я быть? Что я могу сделать и какие условия мне необходимы, чтобы мочь быть?» [5, С. 134].

Всю конструкцию фундаментальных мотиваций можно сравнить со столом, у которого четыре ножки. Если одна из задач не выполняется, то стол наш будет неустойчивым. Первая фундаментальная мотивация «держит» все остальные, это более «массивная» ножка этого стола.

Если какая-то из ключевых жизненных задач не выполняется, есть дефициты или ранения в какой-либо фундаментальной мотивации, то тог-

да возникают душевные страдания, смысл которых состоит в том, чтобы привлечь внимание человека к этой жизненной задаче. Каждая фундаментальная мотивация соотносится с определенным спектром симптомов, нарушений, расстройств, и т.д.

Во второй фундаментальной мотивации основной мотив – установление более глубоких отношений с тем, что мы переживаем как свою жизнь. Если вопрос первой фундаментальной мотивации: «Могу ли я быть?», то вопрос второй: «Я живу, но нравится ли мне жить?».

Основной мотив третьей фундаментальной мотивации – бытие самим собой благодаря нахождению собственной аутентичности и идентичности. Вопрос этой фундаментальной мотивации: «Я – это я, но имею ли я право быть таким?».

Четвертая фундаментальная мотивация связана с вопросами смысла, реализации себя в мире, ее основной мотив – переориентация постоянных изменений внутри человеческой жизни в творческое развитие становления. Вопрос этой фундаментальной мотивации: «Я есть, но для чего моя жизнь является хорошей?».

Когда на консультацию приходят люди в кризисе, то чаще всего работа вначале фокусируется на первой фундаментальной мотивации. Если что-то такое случилось, что человек не может быть в этом мире, то все остальное становится «под вопросом».

Для каждой фундаментальной мотивации есть предпосылки – то, что подобно притокам питает реку, делает ее полноводной. То, что помогает решать ключевую задачу этой мотивации. Предпосылками первой фундаментальной мотивации являются защита, пространство и опора.

С клиентами мы много работаем над тем, чтобы они создали для себя хорошее пространство, безопасную во всех смыслах обстановку и нашли опоры. Это позволяет им принимать и выдерживать то, что происходит в их жизни.

Например, некоторое время назад был «военный мятеж». Группа вооруженных и хорошо обученных людей начала движение в сторону Москвы. Для многих людей, которые находились в Москве и Московской области, это стало кризисной ситуацией. Представим человека, которому был свойственен высокий уровень тревожности. Если он не мог дозвониться до близкого человека в течение 15-20 минут, то единственное, что ему помогло – собраться и начать двигаться к месту, где этот человек находится. Настолько сильной была эта тревога. Если это было невозможно, то начиналось самоповреждающее поведение. Новость о движении отрядов военных в сторону Москвы вызвала у него растерянность и ощущение «я это не выдержу». По его мнению, мобильная связь и интернет могли начать работать со сбоями. Фокусом обсуждения в этом случае было: «Что могло

бы дать Вам хотя бы некоторое чувство безопасности, возможность быть в этой ситуации? На что и на кого Вы могли бы опираться?». Например, медикаменты, назначенные доктором, консультации с психологом, возможность встретиться раньше оговоренного дня, позвать кого-то из близких пожить какое-то время с ним и т.д. Одним из компонентов безопасности и опоры может стать внутренний диалог клиента с самим собой. Когда в подобной ситуации он может себя «встретить» и сказать себе: «Мне сейчас тяжело, я могу подышать, мне может стать легче. Я есть у себя, я себя не оставлю».

Еще один пример. В связи с недавними событиями многие сменили место жительства. Там, куда люди переехали, в вечернее и ночное время очень шумно. Они не могут заснуть и выспаться. Ощущают беспомощность, которая множится на накапливающееся истощение. Важно отнестись к этому всерьез, заняться этим – создать для себя хорошее пространство. Использовать беруши, «белый шум», переехать в другой дом или район. Когда у человека получается создать для себя комфортное пространство, то это становится для него источником устойчивости, и появляются силы заниматься своей жизнью.

Рассмотрим другой пример. Человек после жизни в одном из крупных городов России с развитой инфраструктурой и сферой услуг переехал в другую страну, где все иначе. Электричество, газ и воду могут отключить несколько раз за неделю без предупреждения. Люди опаздывают, не выполняют договоренности, в очереди у врача можно провести несколько часов. Это выбивает из колеи, человек ощущает себя как «листик на воде». Невозможно отменить эти отключения, нет возможности переехать, но остаются локальные «могу», внутренние и внешние опоры: наполнить ванну или какие-то емкости водой, закупить питьевую воду в бутылках, сделать запас продуктов и еды, которая может храниться без холодильника. Взять с собой книжку и перекус, собираясь ко врачу. «Встретить» себя в этом, попытаться понять, что самое тяжелое и какие переживания вызывает.

Укрепление ощущения безопасности, обеспечение защищенности, фокусировка на внешних и внутренних опорах, создание пространства, в котором можно быть – все это помогает человеку вернуться к себе, соединиться со своими ресурсами, встать на более устойчивую почву в колышущемся мире и вновь обрести возможность заниматься решением актуальных задач, что необходимо для выхода из кризиса. Стабилизация состояния и возвращение «могу» часто становится первостепенной задачей при работе с людьми в кризисной ситуации.

Вторым значимым моментом в работе с людьми в кризисе является помощь им в том, чтобы принять и выдержать то, с чем они столкнулись.

Отметим, что принять – это не о том, чтобы «сложить руки» и ничего не делать. Принять – прийти к ощущению, что это (событие, действие другого человека и т.п.) есть, и «я могу с этим быть, могу находиться с этим рядом, в этом нет прямой угрозы для меня». В принятии в большей степени речь идет о согласии с тем, что есть. Мы говорим о выдерживании, когда есть что-то тяжелое, в чем есть опасность, но это невозможно изменить. Выдерживать – оставаться в ситуации и не отступать.

О принятии мы можем говорить, например, в таком случае. Представим, что женщина переживает ситуацию развода. Было несколько измен, несколько эпизодов раздельного проживания, в результате чего пара приняла решение о разводе. Женщина говорит о том, что она не может жить с этой болью от развода, эта боль разрывает ее изнутри. Тогда мы можем исследовать, что для клиентки означает принять развод, признать, что отношения завершились, от чего эта боль. Может оказаться, что ядро ее переживания в том, что, по ее мнению, красивым и умным женщинам не изменяют, с ними не разводятся; если вкладываешься в отношения, то они не заканчиваются так. Так больно испытывать ощущения, когда считаешь себя глупой и некрасивой; видеть, как рушатся мировоззренческие опорные конструкции. Дальше может следовать работа с установками, в ходе которой у клиентки появится возможность отгоревать отсутствие гарантий в отношениях, отделить свою самооценку от факта развода, принять факт завершения этих отношений. Это то, что является основой для занятия персональной позиции, которая, например, может звучать так: «Да, отношения могут заканчиваться, и это больно. Это не делает меня плохой или неценной. Дальше, после хотя бы одной измены, я не буду оставаться в отношениях. Это для меня нехорошо».

Пример выдерживания мы можем увидеть в следующей ситуации. Представим, молодое поколение семьи решило уехать из страны. Нужно сказать об этом родственникам. Заранее известно, что это вызовет сильную негативную реакцию, возможно, оскорбления, обиды и охлаждение отношений. Тогда мы можем спросить: «Что будет для тебя самым тяжелым? На что ты сможешь опираться, чтобы это выдержать? Сколько ты сможешь выдержать: десять минут? полчаса? Что можно сделать заранее, чтобы минимизировать урон?».

Отдельной темой в работе с людьми в кризисных ситуациях является обхождение с бессилием. Здесь важен акцент на «могу». Когда начался военный конфликт, для многих это стало кризисной ситуацией, пропитанной бессилием: «Я это не разделяю, но не могу ничего с этим сделать». На одной из консультаций пришла метафора: большие исторические и политические процессы – это каток, который едет по дороге, а люди – маленькие мыши, которые ничего не могут сделать. В первый момент и в метафоре

было ощущение тотального «не могу». Но спустя время пришли варианты – мыши могут вырыть норы в земле и спасти других мышей от катка, они могут забраться на каток и заполнить собой его лобовое стекло, тогда каток будет на какое-то время выведен из строя. Много-много мышей могут объединиться и построить стену, которую каток не сможет преодолеть, он куда-то свернет. Или после того, как каток проедет, они могут вылезти из укрытий и восстанавливать мирную жизнь.

После поиска метафорического решения ситуации удалось увидеть «могу» и в реальной жизни: поддерживать человеческие отношения, помогать тем, кто переезжает, поддерживать финансово и иными способами тех, кто старается объективно освещать происходящее и честно говорить об этом.

Использование метафор и образов не является специфическим приемом экзистенциально-аналитической терапии. Но если эта метафора опирается на феноменологическое восприятие клиента и его страдания, то она имеет большой потенциал в терапевтической работе, в том числе с людьми, в кризисных состояниях и ситуациях.

Внимание к возможному затрагивает надежду. Надежда, как фонарь, может осветить очень темную улицу, дать силы и возможность идти туда, куда важно. Нам важно укреплять надежду там, где она реалистична, и не раздувать пламя надежды там, где для нее нет оснований. Важно, чтобы надежда оставалась стоящей на двух ногах: «Да, мне хотелось бы, чтобы это было так. Но может так и не сложиться».

В ходе работы с клиентами в кризисных ситуациях часто обнаруживаются нереалистичные и даже токсичные убеждения про силу и слабость, что может усугублять их состояние. Важно быть внимательными с тем, какие у клиента представления об этом. Примеры таких убеждений: «Если я не могу решить это сейчас, то я слабая, и это на всю жизнь», «Если я растерялась и быстро не нашла решения, то я полностью незащитна перед миром». Нам важно работать с этими убеждениями, искать их источник, помогать клиенту формировать более реалистичный взгляд на себя и на мир, укреплять основания, чтобы быть в мире.

На более поздних этапах работы с людьми в кризисных ситуациях закономерно возникает обращение к травматическому опыту. Часто бывает такое, что ситуация в настоящем по своей «схеме», ключевому переживанию напоминает какой-то эпизод из прошлого. Прорабатывая тяжелый прошлый опыт, мы разгружаем человека, даем ему понимание, почему ему было так сложно и были такие сильные эмоции, помогаем ему в настоящем заниматься актуальными задачами. Это становится возможным, когда сделаны первые шаги – состояние человека стабилизировано, предпосылки первой фундаментальной мотивации проработаны хотя бы на минимальном уровне.

Помимо обращения к травматическому опыту в работе с клиентами, в кризисе бывает полезно внимание к ресурсному прошлому опыту, где ему удавалось справляться со сложностями, выдерживать удары судьбы. Особый акцент в подобном обсуждении стоит делать на опоры, ресурсы и качества клиента, которые ему в этом помогли: «За счет чего это получилось? Что Вам помогло? Что Вы знаете о себе, своих ресурсах?».

В ходе работы с клиентами в кризисе помимо консультативно-терапевтической работы бывает необходима просветительская часть. Особенно ценной и полезной для клиентов в кризисе оказывается информация о копинговых реакциях. Например, часто человек не может что-то начать делать и обвиняет себя в лени. Уставшая молодая мама, которая больше не может контейнировать эмоции своей 3-летней дочки и начинает раздражаться на нее, а потом на себя за это, считать себя плохой матерью. Или человек, который столкнулся с тем, что засыпает на работе, причем только там, не понимает, что с ним происходит и как с этим быть.

Информация о том, что во всех этих проявлениях речь может идти о копинговых реакциях, а не об осознанных решениях, что ситуация нуждается в исследовании, а они – в понимании и поддержке, оказывается для многих людей разгружающей.

В копинговых реакциях Персональное по какой-то причине не справляется с ситуацией как борец на ринге, который упал и не встает. Тогда на ринг выходит его подслеповатый, глуховатый, маленького роста тренер, который, как может, пытается спасти ситуацию. И это может не соответствовать ценностям, правилам борца. Основная задача – выжить. Именно это делают копинговые реакции.

Такое понимание своих проявлений помогает клиентам развернуться к себе с желанием понять и помочь, а не ругать или отвергать. Это основа для уважительного диалога клиента с собой. Пробуждением и моделью для этого становится общение психолога с клиентом. Со временем в подобных ситуациях клиент сможет задать себе вопросы: «Чего мне не хватило? Что было препятствием? Что мной двигало в этот момент?». Возможность себя понять, найти для себя слова поддержки – это дорожка к выходу из бессилия, безысходности и растерянности.

### **Выводы**

В работе с людьми в кризисной ситуации, с точки зрения экзистенциально-аналитической терапии, является важным: феноменологическое восприятие человека, видение и активизация в нем его Персонального, помощь в том, что он создавал для себя хорошее пространство, находил разнообразные и прочные опоры, обеспечивал свою безопасность в различных аспектах, внимательное обхождение с бессилием, развитие

внутреннего диалога, работа с принятием и выдерживанием, прояснение установок относительно значимых жизненных вопросов, информирование о механизме копинговых реакций.

Работа с клиентами в кризисе, опираясь на методологию экзистенциально-аналитической терапии, позволяет не только помочь человеку его преодолеть, но и внутренне укрепиться, стать более устойчивым к будущим нагружающим событиям за счет того, что восстанавливается взаимобмен и соотнесенность с собой и миром, формируется установка внимательно смотреть на то, что есть, развивается умение занимать позицию к происходящему и ее реализовывать.

### Литература

1. Баранников А.С. Системное и экзистенциально-аналитическое обхождение с кризисом отношений (на примере семейных расставок) // Экзистенциальный анализ: Бюллетень. – №9, 2017. – 60-80с.
2. Лэнгле А. Феноменологический подход в экзистенциально-аналитической психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. – № 2, 2009. – 110-129с.
3. Лэнгле А. Воспринимать то, что трогает. Феноменология в практике экзистенциального анализа // Экзистенциальный анализ: Бюллетень. – № 1, 2009. – 79-112с.
4. Лэнгле А. Воплощенная экзистенция. Развитие, применение и концепты экзистенциального анализа. Материалы для психотерапии, консультирования и коучинга. – М.: Изд-во «Гуманитарный центр», 2019.
5. Лэнгле А. Экзистенциальный анализ. Экзистенциальные подходы в психотерапии. – М.: Когито-Центр, 2020.

Томилина Инна Александровна

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С РАЗНЫМ СТАТУСОМ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ

**Аннотация.** В статье представлены результаты изучения психологического благополучия мужчин и женщин с разным статусом гендерной идентичности. Анализируются теоретические подходы к терминам «психологическое благополучие», «гендер» и эмпирические данные, полученные с помощью следующих методик: «Шкала психологического благополучия» К. Рифф (в адаптации Т.Д. Шевеленковой, П.П. Фесенко) и «Полоролевой опросник» С.

Бэм. Установлено, что структура психологического благополучия мужчин и женщин имеет как половые, так и гендерные особенности (критерий – уровень изучаемых качеств). Полученные в ходе исследования результаты и выводы могут быть полезны практическим психологам в работе с клиентами по запросам повышения уровня психологического благополучия.

**Ключевые слова:** психологическое благополучие, гендерная идентичность, гендер, пол, мужчины, женщины.

**Постановка проблемы.** Особенность современного общества – нестабильность, необратимость, подвижность. Изменения в мировой политике, экономике, социальной и духовной сферах общества, происходящие сегодня в мире, сказываются на психологическом здоровье и благополучии человека. Факт снижения субъективного ощущения комфорта и удовлетворения отмечают в своих исследованиях отечественные психологи Карапетян Л.В., Козьмина Л.Б., Пахоль Б.Е., Дубровина И.В., и др.

Феномен «благополучие» сравнительно молод. Он изучается в мире с 60-х годов XX века. Сначала как эмоциональное ощущение счастья (Н. Бредберн), позже как «субъективное благополучие» (Э. Динер), и потом как «психологическое благополучие» (К. Рифф). Сегодня самой популярной является теория К. Рифф. Американский психолог четко описала шесть факторов позитивного функционирования личности (положительное отношение к другим, автономия, управление средой, личностный рост, достижение цели, самопринятие) [6, С. 25].

В 1993 году А. Вотерман связал понимание счастья и благополучия человека с двумя сложившимися еще в Античности философскими традициями – гедонизма и эвдемонизма. Подобный взгляд позволил в западной психологии более четко дифференцировать два теоретических конструкта: «субъективное благополучие» (тяготеющее к гедонистической линии исследования) и «психологическое благополучие» (тяготеющее к эвдемонистической линии) и определить инструментарий, соответствующий каждому из них. Теория К. Рифф, которая строится на том постулате, что личностный рост – главный и самый необходимый аспект благополучия, отнесен к эвдемонистическому пониманию феномена.

Исследование благополучия в России началось сравнительно недавно. В советский период эта тема практически не рассматривалась. Однако с 2000-х годов и в настоящее время это направление в психологии является одним из перспективных. Им активно занимаются Карапетян Л.В. (2017, 2018, 2019); Абульханова-Славская К.А. (2016), Козьмина Л.Б. (2014); Шамионов Р.М., Бочарова Е.Е. (2012, 2014); Дубовик Ю.Б. (2012); Жуковская Л.В. (2011); Ширяева О.С. (2008); Шевеленкова Т.Д., Фесенко П.П. (2005); Куликов Л.В. (2000, 2004).

Стоит отметить, что в психологической литературе происходит смешение таких понятий, как «психологическое благополучие», «эмоциональное благополучие», и они рассматриваются как синонимы, отражающие общее состояние благополучия личности. Мы обратились к теории Шевеленковой Т.Д, Фесенко П.П., которые адаптировали шестифакторную модель «психологического благополучия» и предложили феномен «*психологическое благополучие*» как интегральный показатель степени направленности человека на реализацию основных компонентов позитивного функционирования [8, С. 104].

Научное знание о благополучии до сих пор ежегодно меняется: ведется множество исследований его источников и основ, уточняется его состав, терминология, изучаются его особенности в различных контекстах. Споры о точности формулировок не прекращаются. Удовлетворенность жизнью, качество жизни, счастье, субъективное благополучие, процветание – неполный перечень синонимичных понятий. В данной области сегодня много исследований: Европейские исследования по проблемам качества жизни, включающие в себя измерение субъективного благополучия в странах Европы; Европейское социальное исследование по измерению личного и социального благополучия в Европе; технико-экономическое обоснование индикаторов благополучия, выполняемое Статистическим бюро Европейских сообществ (Eurostat), и много других. Но каждое из данных исследований по-разному рассматривает концепт благополучия.

Процесс модернизации и постмодернизации в глобализирующемся мире изменил и традиционные гендерные ценности. Зарубежные и отечественные психологи, социологи, философы (С. Бем, Ш. Бурн, Шишлова Е.Э., Лопухова О.Г., Ельникова Г.А., Юсупова М.В. и др.) последние 20 лет отмечают тенденцию к их трансформации и видят вектор полоролевого развития не в поиске различий и стирании их между мужчинами и женщинами, а в принятии и осознании их существования, но уже без гендерной иерархии и без крайних проявлений отношений власти и подчинения.

В психологии до сих пор не существует единого общепринятого определения гендера. Термин пришел из английского языка, он изначально использовался в значении грамматического рода существительного. Впервые это понятие в другом значении использовано Дж. Мани, когда изучал явления гермафродитизма и транссексуализма. Р. Столлер ввел термин в область психологии. Он сделал акцент на социокультурном аспекте гендера, определил его как единство норм поведения, ассоциируемых с представителями того или иного пола. А.В. Еремеева в своих работах отмечает, что в настоящее время гендер чаще всего рассматривается по-разному [2, С. 399]. Сегодня есть несколько определений термина «гендер».

1. Психологический или социальный пол человека. По Чекалиной А.А., гендер – это комплекс психологических характеристик и особенностей социального поведения человека, который проявляется в общении и взаимодействии с людьми.

2. Статус в структуре социального полоролевого взаимодействия. Ростова А.В. отмечает, что гендер – это представление о теле, которое зарождается при идентификации с полом и меняется в течение жизни.

3. Результат овладения совокупностью социальных ролей индивидами мужского и женского пола. Так Кузнецова А.А. и Хахутадзе Н.М.К. считают, что гендер может проявляться в разных ситуациях деятельности как феминность и маскулинность.

4. Социальный конструкт, который определяет жизненные сценарии человека на основе его половой принадлежности. Цапанова С.С. считает, что общество фиксирует в сознании социально-культурные стереотипы, и личность на их основании определяет содержание гендера и утверждает свой общественный статус.

5. Культурная интерпретация черт личности и моделей поведения мужчины и женщины. Семенова Л.Э. интерпретирует гендер как закономерный итог процесса вхождения личности в гендерную культуру общества. Воронина О.А. предлагает рассматривать гендер как культурную метафору.

Несмотря на многообразие определений феномена, в них есть много общего: гендер отличают от пола, отмечают связь гендера с социумом, признают его обусловленность культурой общества. В нашем исследовании мы используем категории *пол* и *гендерная идентичность*, под первой категорией мы понимаем биологические различия мужчин и женщин, а под второй категорией – социальный пол, определяющий поведение человека в обществе. Мы опираемся на исследования Бэм С., Бурн Ш., Бендас Т.В., Клециной И.С. и считаем, что высшие регуляторные структуры личности связаны не с биологическим полом человека, а с социально и культурно заданными образцами поведения. Усвоение этих образцов происходит через произвольное внимание и процесс запоминания в детстве, поэтому у большинства людей *гендерная идентичность* совпадает с биологическим *полом*.

Тема психологического благополучия мужчин и женщин с разным статусом гендерной идентичности нам кажется особенно актуальной, так как сегодня, по Л.Н. Ожиговой, мы не просто наблюдаем, но и становимся участниками расширения биполярной модели «мужское-женское» в «мужественность – женственность» [7, С. 509]. Пол – уже не жесткая биологическая данность, а гендер как социально формируемая особенность. Процесс изменения стереотипов не всегда сопровождается личностным принятием, вызывает сложности и зачастую снижает способность человека жить полноценной жизнью.

Психологическое благополучие в последние пять лет изучается в российских психолого-педагогических науках в разных контекстах. Чаще всего в контексте возраста (Ковалевская А.П., Чувашова А.Г., Конарева И.Н., Батенова Ю.В., Васина Ю.М., Кокорева О.И., Барма М.О., Михайлина М.Ю., Есманская Н.Е., Нгуен Ван Ут Ньи, Эйдельман Г.Н., Маленова А.Ю., Маленов А.А., Федотова Е.Е., Гут Ю.Н., Горжий Ю.В., Маратканова Е.В., Долгополова О.А., Зиновьева Д.М., Булах К.А.) и профессии (Зеленова М.Е., Лекалов А.А., Лим В.С., Тихонова А.В., Алдашева А.А., Сиваш О.Н., Хилько (Щецова) О.В., Кольцова И.В)). В контексте гендера и пола исследований значительно меньше (Еремеева О.В., Козьмина Л.Б., Мороз Т.С.), но эти единичные случаи интересны и информативны.

Таким образом, наблюдается противоречие: с одной стороны, социум доказывает нам, что гендерная идентичность личности сегодня – важный компонент для гармоничного самоотношения и самопринятия человека, его внутреннего равновесия и автономии, а с другой – особенности психического благополучия в контексте гендера и пола мало изучены.

Данное противоречие, на наш взгляд, позволяет поставить в качестве исследовательской проблему теоретического обоснования и эмпирического исследования структурно-уровневых особенностей психологического благополучия личности с учетом статуса гендерной идентичности.

Все вышеизложенное, актуальность проблемы и ее недостаточная разработанность, определило выбор темы исследования: «Особенности психологического благополучия мужчин и женщин с разным статусом гендерной идентичности».

**Цель статьи** – провести сравнительный анализ и выявить структурно-уровневые особенности психологического благополучия мужчин и женщин с разным статусом гендерной идентичности.

Объектом исследования является психологическое благополучие мужчин и женщин. Предметом – структурно-уровневые особенности психологического благополучия мужчин и женщин с разным статусом гендерной идентичности.

Гипотеза исследования состоит из предположения, что структурно-уровневые особенности психологического благополучия у людей с разным статусом гендерной идентичности будут различными.

Теоретико-методологическими основами исследования выступили основные принципы психологии: принцип развития, принцип онтологического конструктивизма, принцип субъектности. В своей работе мы опираемся на концепцию психологического благополучия К. Рифф; представления о структуре психологического благополучия К. Рифф, А.В. Ворониной, П.П. Фесенко, Т.Д. Шевеленковой, О.С. Ширяевой, Л.В. Ку-

ликова; на теоретические положения о гендерной идентичности: С. Бем, Ш. Бурн, Т.В. Бендас, В.В. Знаков, В.Е. Каган, И.С. Клецина, И.С. Кон.

**Изложение основного материала исследования.** В соответствии с целью и гипотезой, объектом, предметом, а также теоретическими основаниями мы использовали следующие **методы и методики** исследования.

1. Теоретические: анализ, обобщение, систематизация.

2. Эмпирические: опрос, шкала психологического благополучия К. Рифф, адаптированная Шевеленковой Т.Д., Фесенко П.П.; поло-ролевой опросник С. Бем.

3. Статистические:  $\chi^2$ -критерий, угловое преобразование Фишера.

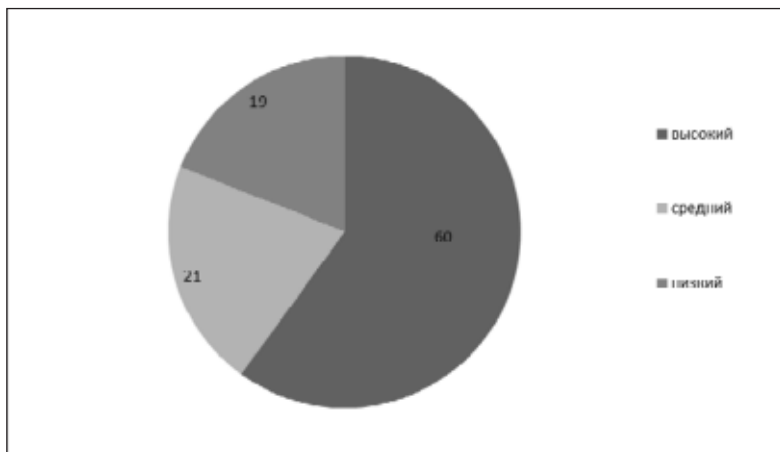
В эмпирическом исследовании участвовали 104 человека. Из них 17 (16%) человек обозначили себя как мужчины, а 87 (84%) – как женщины. Все респонденты принадлежат к возрастному периоду 25-55 лет. Исследование проводилось в формате онлайн-тестирования на платформе Google в добровольном порядке. Все респонденты были уведомлены о цели проводимого опроса и дали согласие на обработку и последующее использование их данных в научных целях.

Мы считаем онлайн-выборку репрезентативной, так как используем метод поточной выборки. Отметим, что он представляет собой совокупность приемов и способов привлечения пользователей Сети в режиме реального времени в онлайн-выборку под конкретный опрос. Привлечение респондентов осуществлялось среди всех пользователей Интернета, используя баннеры, анонсы, информационные посты, и пр. Респонденты привлекались везде, где люди проводят время в Интернете (социальные сети, новостные порталы, блоги и группы, и т. д.). Поток респондентов не был таргетирован.

Мы посчитали возможным использовать данную методику в теме нашего исследования: «Особенности психологического благополучия мужчин и женщин с разным статусом гендерной идентичности», так как поточная выборка является наиболее эффективной по темам, имеющим определенный общественный резонанс и заинтересованность целевой аудитории.

На первом этапе нашего эмпирического исследования мы проанализировали уровни психологического благополучия всех респондентов нашей выборки. Результаты представлены на Рис. 1.

Обращает на себя внимание тот факт, что большинство опрошенных, - 60% - имеют высокий уровень психологического благополучия. Данный уровень проявляется в том, что мужчины и женщины этой группы имеют опыт близких позитивных отношений, которые являются основой для выстраивания конструктивной системы отношения к другим людям, окружающему миру и себе. Они имеют открытые и доверительные отношения в семье, дружбе, на работе; заботятся о своем благополучии, равно как и о



**Рисунок № 1 – Уровни психологического благополучия у всех респондентов**

благополучии других; они эмпатичны, проявляют заботу к себе и к близким, допускают привязанности и теплые отношения в паре; понимают, что человеческие отношения строятся на взаимных уступках.

Респонденты этой группы обладают высоким уровнем рефлексии, они самостоятельны и независимы, способны противостоять общественным стереотипам и дискурсам; они – авторы своей жизни, все поступки их осознанны и подчинены собственным правилам; имеют личные критерии для оценки себя и своего поведения. Им свойственна стрессоустойчивость, они могут управлять окружением, контролировать всю внешнюю деятельность, а также эффективно использовать представляющиеся возможности, улавливают или самостоятельно создают условия и обстоятельства, которые подходят для удовлетворения их личных потребностей и достижения собственных целей.

Люди с высоким уровнем психологического благополучия постоянно развиваются, они не останавливаются на достигнутом, самореализовываются, у них наблюдается горизонтальный и вертикальный рост карьеры. Они легко открываются новому опыту: повышают квалификацию, проходят профессиональную переподготовку, получают дополнительное образование. Мужчины и женщины этой группы реализовывают собственный потенциал, наблюдают и отслеживают улучшения в себе и своих действиях с течением времени; меняются в соответствии с собственными познаниями и достижениями. Они мобильны и легки в передвижении, в принятии решений, в выборе. При этом они социально адаптируются, сохраняя собственную позицию.

Отличительной особенностью этой группы людей является наличие четких намерений, конкретных целей в жизни и чувство направленности. Они с уважением относятся к прошлому, вносят на его основе смысл в настоящее, не меняют убеждений, которые являются источниками цели. Конфликты преодолевают самостоятельно внутри себя без активного проявления во внешнем мире и не контролируют своё окружение.

*21% участников исследования достигают среднего уровня психологического благополучия*, который проявляется в том, что эти люди, несмотря на довольно широко развитые собственные компетентности, продолжают контролировать внешнюю среду. Они часто ориентируются на общественное мнение, социальные стереотипы, положение, статус. Мужчины и женщины этой группы предпочитают идеальный мир реальности, они не принимают многообразие и разноплановость взглядов окружения, категоричны и оценочны в суждениях. Они не допускают максимальной автономности как своей, так и близких людей. Свое мнение сравнивают с известными нормами и правилами.

Личность со средним уровнем психологического благополучия предпочитает общение в малом, но значимом круге общения. Она наделяет этот микросоциум категориями «правильно», «единственно возможно», «хорошо», «понятно», бережет его и сохраняет, чаще всего за счет того, что избегает изменений собственного «Я». Личное мнение чаще всего совпадает с мнением группы, и наоборот.

Жизненная цель, как правило, идентифицируется с целью предпочитаемой группы общения, саморазвитие останавливается на достигнутом ранее уровне. Обстоятельства становятся сильнее собственных намерений и заставляют найти необходимые аргументы и смириться с действительностью. Тем не менее, люди этой группы воспринимают мир позитивно, принимают возможность радостного пребывания в нем, умеют наслаждаться тем, что имеют. Но по отношению к себе, как правило, у них остается негатив. Они часто критикуют свое прошлое, жалеют о содеянном, назначают виновных за случившееся с ними. Конфликты предпочитают решать не самостоятельно, а совместно с единомышленниками, ждут от близкого окружения поддержки и советов, которыми активно пользуются при принятии решений.

*У 19% респондентов выявлен низкий уровень психологического благополучия*, который проявляется у них в отсутствии опыта позитивных близких отношений со значимыми другими. Как правило, они несчастны в браке, не удовлетворены работой, у них страдают детско-родительские связи.

Доверительных и открытых отношений с окружающими – лишь ограниченное количество. Этим людям сложно быть открытыми, проявлять нежность, теплоту и заботу о других. Часто это одинокие люди, которые

не желают идти на компромиссы для поддержания важных связей с окружающими.

Эти мужчины и женщины испытывают сложности в организации повседневной деятельности, они чувствуют себя неспособными изменить или улучшить складывающиеся обстоятельства. Подчиняясь им, они не видят возможности и не пользуются ими, «плывут по течению» жизни, практически не контролируют происходящее вокруг. У этой категории людей отсутствует собственное развитие, они не стремятся к самореализации, испытывают скуку и не имеют интереса к действительности. Часто они не способны устанавливать новые отношения, но даже, осознавая это, изменить свое поведение не пытаются.

Смысла в жизни и чувства направленности, как правило, нет, целей или намерений – мало. Люди этой группы не ценят своей прошлой жизни, не учитывают приобретенный опыт, не имеют перспектив или убеждений, которые бы определили их смысл жизни.

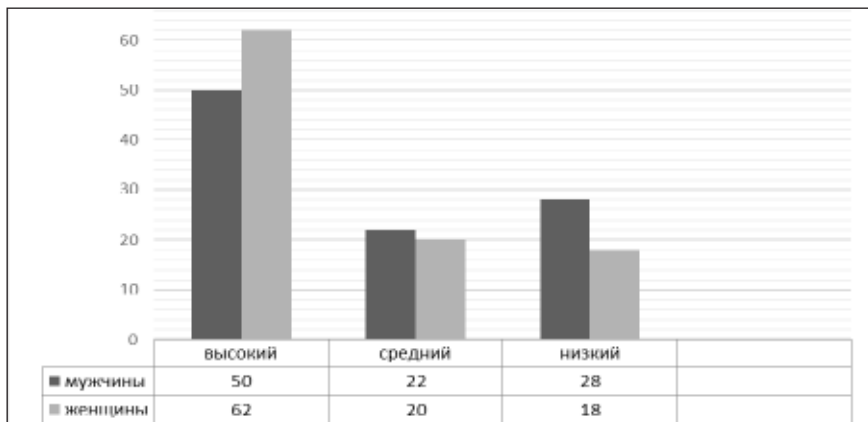
Чаще всего они не довольны собой, своим прошлым и настоящим. Не принимают себя, свои личностные качества, желают быть не тем, кем он или она является. В отношениях с другими людьми, напротив, проявляют постоянный контроль и ожидают от окружающих принятия, одобрения, выражения положительных чувств и эмоций в свой адрес, приглашения стать частью группы, причем при полной собственной пассивной позиции. Пассивность в данном случае связана со страхом быть отвергнутым.

Мужчины и женщины этой группы зависят полностью от мнения и оценки других: родителей, соседей, коллег. В принятии важных решений на свое мнение не полагаются, в позиции выбора ориентиром является тот социум, в котором на данном этапе они находятся. Мир они воспринимают как несправедливый, жестокий и полный угроз. Беспокойство, тревожность, подозрительность, негативный эмоциональный фон и потребность в самоконтроле – отличительные черты людей с низким уровнем психологического благополучия.

*Таким образом, анализируя общий уровень психологического благополучия мужчин и женщин 25–55-летнего возраста, мы можем отметить преобладание высокого уровня психологического благополучия, который, исходя из шестифакторной теории К. Рифф, складывается из: «цели в жизни» (62,43), «положительное отношение к другим (59,64), «самопринятие» (59,57), «личностный рост» (58,97), «управление средой» (58,21), «автономия» (54,39).*

На следующем этапе мы сравнили уровни психологического благополучия отдельно у принявших в исследовании мужчин (18 человек) и женщин (86 человек). Высокий уровень зафиксирован у 50% мужчин, что

значительно ниже, чем у женщин. Из них удовлетворены жизнью 62%. Низкий уровень психологического благополучия, напротив, чаще встречается у мужчин – 28%, когда у женщин – 18%. Средний уровень практически одинаков: у 22% мужчин и у 20% женщин. Результаты представлены на Рис. 2.



**Рисунок № 2 – Уровни психологического благополучия у мужчин и женщин**

В результате сравнительного анализа можно сделать вывод, что женщины чаще имеют высокий уровень психологического благополучия, а мужчины – низкий уровень психологического благополучия.

Причин этого факта мы выделяем несколько. Так, Т.С. Мороз, Ю.В. Федоренко, М.В. Достойнова, рассматривая особенности психологического благополучия женщин в период средней взрослости, считают, что «основной ценностью у мужчин остается работа, у женщин приоритет отдан семье. Именно семья повышает удовлетворенность смыслом жизни женщин» [5, с. 409]. Группа ученых предполагает, что удовлетворенность браком в сочетании с возможностью работать и реализовывать себя в профессии обуславливает более высокий уровень психологического благополучия женщин. Они увидели закономерность, что замужние женщины одновременно стремятся к автономии, самостоятельно регулируют собственное поведение, но и оценивают себя в соответствии не только с личными, а и общественными критериями. У них был выявлен высокий уровень приспособления к существованию в обществе, учитывая собственные потребности и мотивы, выявлена адекватная самооценка, высокая потребность в общении, взаимодействии, совместной деятельности, выявлена высокая степень определенности в своем эмоциональном отношении к происходящей действительности.

Проанализировав психологическое благополучие незамужних женщин, ученые отметили: «они имеют самые низкие показатели по шкале адаптации, то есть, они менее адаптивны, не удовлетворены своими личностными характеристиками». Но при этом женщины, не состоящие в браке, очень активно стремятся к общению, к совместной деятельности, к лидерству, руководству. Ответственность за события, происходящие в жизни, они принимают чаще всего на себя, результаты деятельности объясняют собственным поведением, характером и способностями.

Мужчины, даже женатые, напротив, имеют лишь ограниченное количество доверительных отношений с окружающими: им непросто быть открытыми, они редко проявляют теплоту и заботятся о других; в межличностных отношениях они чаще всего изолированы, не идут на компромиссы для поддержания важных связей с окружающими.

По Л.Б. Козьминой, уровень удовлетворенности трудом у работающих женщин тоже можно рассматривать как один из показателей психологического благополучия [4, С. 239]. Так, она выявила, что сотрудницы 34-44 лет наиболее психологически благополучны. Причем, уровень материального благополучия влияет на них незначительно, что обусловлено компенсацией осмысленности жизни, вовлеченностью в профессиональную деятельность, семейным благополучием. У женщин старше 44 лет психологическое благополучие тоже на высоком уровне благодаря удовлетворенности своими достижениями, интересу к своей работе, а также профессиональной ответственности и лояльности как к коллегам, так и к вышестоящему руководству.

Также причиной более высокого психологического благополучия, на наш взгляд, может являться тот факт, что женщины чаще заботятся о своем психологическом благополучии и обращаются за помощью к специалистам. Мужчины же реже приходят к психологам на консультацию или терапию, так как многие из них уверены: попросить помощи – значит, проявить слабость. Эта позиция осложняется «мужским» убеждением, что каждый сам должен решать все свои проблемы, а не искать поддержки у посторонних. Это и приводит к сложностям в решении личностных и поведенческих проблем. Женщины, напротив, не видят ничего предосудительного в обращении за психологической помощью. Это не рассматривается как слабость или как серьезная угроза самооценке.

Для полного понимания структурных особенностей психологического благополучия мужчин и женщин мы сравнили среднее значение проявления факторов исследуемого феномена у каждого из полов. Результаты представлены в Табл. 1.

Таблица № 1

**Среднестатистические значения проявления факторов  
психологического благополучия у мужчин и женщин**

Пол	Факторы психологического благополучия					
	Позитивное отношение	Автономия	Управление средой	Личностный рост	Цели в жизни	Самопринятие
женский	58,89	54,42	59,05	<b>61</b>	<b>63,84</b>	<b>60,21</b>
мужской	58	<b>55,94</b>	59,11	55,58	59,17	54,94

Интересным выявленным фактом стало то, что у *мужчин*, несмотря на более низкий общий уровень психологического благополучия, есть один фактор, у которого показатель выше, чем у *женщин*, – *автономия*.

По А.В. Еремеевой, этот факт можно объяснить тем, что в ситуациях автономности мужчины и женщины переживают различные чувства: мужчины – состояние удовольствия, а женщины – интереса и увлеченности. В ситуациях неавтономности женщины испытывают облегчение значительно чаще мужчин [2, С. 400].

Объяснить данные результаты можно, на наш взгляд, и эволюционным развитием мужских и женских социальных функций. Мужчина, всегда будучи физически сильнее женщины, отвечал за свой род, он решал самостоятельно, где более безопасно и более сытно будет находиться своей семье, общине, племени. Он принимал решение, основываясь на собственном опыте, опираясь на свои возможности и умения. Позже мужчина сам выбирал женщину, добивался ее расположения, боролся с соперниками за нее. Сейчас мужчина в патриархальном типе семьи отвечает за финансовую стабильность и безопасность, является ее главой.

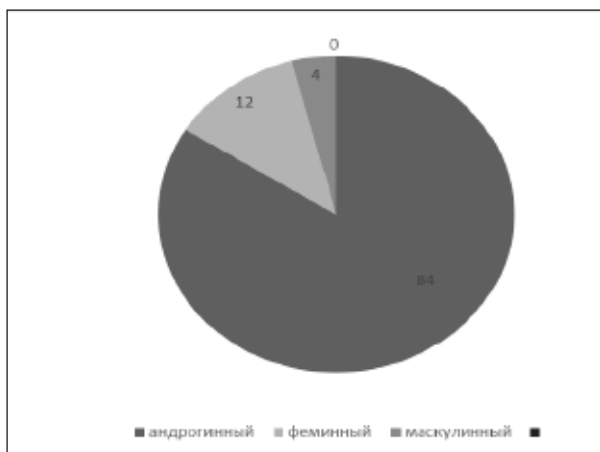
В результате нашего исследования у *женщин выявлены более высокие, чем у мужчин, показатели в самопринятии, личностном росте и наличии цели в жизни*. Причиной этого, по нашему мнению, может являться и разная гендерная реакция полов на негатив и опасность. Так как у мужчин, которые эволюционно призваны защищать и отвоевывать, в большинстве случаев на стресс и конфликтную ситуацию включается реакция «бей или беги», то они чаще всего проявляют агрессию, гнев, ярость и уходят от решения возникших проблем. А женщины, напротив, так как они более ослаблены из-за вынашивания потомства, для выживания выбирают иную реакцию – «дружи и приручай». В результате они обращаются к различным социальным группам, которые помогают им обеспечить выживаемость, а также пытаются договориться с «врагом» или переманить его на свою сторону. До сих пор женщины в сложной стрессовой ситуации часто обращаются за помощью к подругам, коллегам, психологам. Именно это позволяет им более эффективно принимать себя и уверенно идти к намеченной цели.

Причиной *высокого показателя у женщин фактора «личностный рост»* можно назвать стремительное развитие цивилизации и глобализации многих процессов. Этот факт дал женщине дополнительные силы, время и возможности быть в профессиональном плане практически на одном уровне с мужчиной. Мы предполагаем, что это позволяет «слабой» половине человечества быть не только сильнее, но и психологически благополучнее.

Такие факторы, как позитивное отношение и управление средой приблизительно находятся у мужчин и женщин на одном уровне.

*Таким образом, у опрошенных нами женщин 25-55 лет уровень психологического благополучия выше, чем у мужчин по всем факторам, кроме автономии.*

На следующем этапе в целях нашего исследования мы изучили статус гендерной идентичности опрошенных. Результаты представлены на Рис. 3.



**Рисунок № 3 – Статусы гендерной идентичности респондентов**

На основании полученных данных мы сформировали 3 группы по статусам гендерной идентичности (по И.С. Клециной): «*маскулинный* – высокие показатели маскулинности и низкие феминности; *феминный* – высокие показатели феминности и низкие маскулинности; *андрогиный* – высокие показатели как маскулинности, так и феминности» [3, С. 423].

Недифференцированный тип – низкие показатели и маскулинности и феминности – не выявлен.

Обращает на себя внимание резкая диспозиция выявленных статусов гендерной идентичности. Например, маскулинный (мужественный) очень немногочислен – всего 4% из всех опрошенных. Центральной характеристикой этой идентичности является потребность доминирования. В её

основе лежит «идеология мужественности», которая является составной частью традиционной патриархальной культуры. Структура ролевых норм у этих людей определяется нормой статуса, нормой твердости: физической, умственной и эмоциональной, а также нормой антиженственности. Личность маскулинного типа категорична, готова к испытаниям, отрицает и обесценивает слабость. Как правило, она решительна, активна, руководствуется в своих действиях жесткими принципами, отрицает различные формы эмпатии как к себе, так и к окружающим.

Одной из причин этого, на наш взгляд, может служить демографическая особенность Российской Федерации – значительное превышение численности женщин над численностью мужчин. Численность мужчин в России на 1 января 2021 года составила 67,8 млн. человек (46,4%), женщин – 78,3 млн. человек (53,6%). На начало 2023 года в России на 1000 мужчин приходилась 1151 женщина или 866 мужчин на 1000 женщин.

Мальчиков чаще стали воспитывать только женщины – количество неполных семей растет с каждым годом. Согласно последней Всероссийской переписи населения 2021 года, за последние 10 лет количество матерей-одиночек увеличилось на 6%, из всех семей с детьми их доля составляет 37,7%. При этом полных семей с детьми в России лишь пятая часть (20,7%) из всех учтенных домохозяйств, хотя в 2002 году их было 39,7%. По нашему мнению, эти особенности и ведут к изменениям у полов социального конструкта гендера. Мужчины теряют, а женщины присваивают маскулинные роли в поведении, ментальных и эмоциональных характеристиках гендерного статуса.

12% опрошенных нами респондентов имеют феминный статус гендерной идентичности, который характеризуется женственной моделью поведения и совокупностью психических качеств женского пола. Люди этого гендера обычно обладают ярко выраженной чувствительностью, нежностью, верностью, сострадательностью, заботливостью. Личность этого типа трогательна, мягка, незащитна. Как правило, она не склонна к решительным действиям, покорна, управляема, бесконфликтна, готова на различные формы конформизма.

У 84% участников исследования определен андрогинный статус, который характеризуется высоким смешением маскулинных и феминных качеств. Личность этого статуса сочетает в себе как решительность, силу, активность, так и нежность, заботливость, сострадательность. Как правило, она более адаптивна к различным формам изменений, так как не отрицает, а принимает категории «сила-слабость», умеет балансировать ими, обладает гибкостью. С. Бем, которая изучала феномен андрогинности, считает, что маскулинность и феминность не противопоставлены друг другу, а, напротив, комплементарны [1, С. 67].

При этом гармоничнее, когда женский элемент мужского сознания, как и мужское начало в сознании женщины, проявляются как вторичные, подчиненные, в силу необходимости «удержания» человеком своей половой определенности. То есть у женщин первичными являются феминные качества: теплота, сострадательность, верность, а мужчин – маскулинные: целеустремленность, смелость, уверенность. Вторичные же, присвоенные от противоположного гендера, не отрицаются, а просто используются в определенных условиях для решения возникающих целей и задач.

*Таки образом, большинство опрошенных нами обладают андрогинным – «смешанным» статусом гендерной идентичности.*

Далее мы проанализировали уровень психологического благополучия в каждой из групп (Табл. 2).

**Таблица № 2**

**Уровень психологического благополучия респондентов  
разных статусов гендерной идентичности**

Уровень психологического благополучия	Статус гендерной идентичности		
	Маскулинный (%)	Феминный (%)	Андрогинный (%)
Высокий	0	12	47
Средний	50	13	35
Низкий	50	75	18

Исследования психологического благополучия каждой группы показало: у 50% участников опроса с *маскулиным* статусом гендерной идентичности – *низкий уровень*, у 50% - *средний уровень*, высокий уровень у данного типа не выявлен; у людей с *феминным* статусом гендерной идентичности *низкий уровень* – у 75 %, *средний* – у 13%, *высокий* – у 12%; у 47% респондентов с *андрогинным* статусом гендерной идентичности – уровень психологического благополучия *высокий*, у 35% – *средний*, у 18% – *низкий*.

Сравнительный анализ процентного соотношения уровней психологического благополучия в каждой из групп опрошенных дал следующие результаты: высокий уровень психологического благополучия зафиксирован чаще у лиц с андрогинным статусом гендерной идентичности (47%), низкий уровень психологического благополучия чаще выявлен у людей с феминным статусом гендерной идентичности (75%); у респондентов маскулинного – чаще встречается средний уровень благополучия (50%).

*Итак, высокий уровень психологического благополучия чаще встречается у мужчин и женщин с андрогинным статусом гендерной идентичности.*

Причин этого, на наш взгляд, может быть несколько.

Во-первых, мы считаем, что именно баланс в соотношении качеств маскулинности и феминности позволяет мужчинам и женщинам чаще испытывать внутренний комфорт, удовлетворение, гармонию, то есть тот

же самый баланс, но уже «психических процессов и функций, ощущение целостности и внутреннего равновесия» [5], который мы и называем психологическим благополучием. А крайне диаметрально проявление гендерной идентичности как мужественность, так и женственность, напротив, являются стрессогенными факторами и могут провоцировать такие психические проблемы, как неуверенность, агрессивность, тревожность, выученную беспомощность, и пр.

Во-вторых, по нашему мнению, в эпоху глобализации личности легче адаптироваться, следуя более гибкому поведению, нежели категоричности. Единство «практических» и «эмоциональных» качеств, а не их противопоставление, позволяет ей приспособиться к частым и резким изменениям в социуме. В-третьих, автор полоролевого опросника С. Бем отмечает, что «маскулинность и фемининность не противопоставлены друг другу, а комплементарны. Поэтому андрогиния выступает амбивалентной стратегией идентификации, которая способствует усложнению духовных структур мужчин и женщин, а значит, более эффективной реализации их в условиях современного общества» [1, С. 431].

Обнаруженные в процессе эмпирического исследования различия мы проверили с помощью  $F^*$ -критерия (угловое преобразование Фишера). Результаты проверки позволяют сделать следующие промежуточные выводы.

1. Высокий уровень психологического благополучия чаще проявлен у личности с андрогинным статусом гендерной идентичности ( $F^*$ эмп. = 2,06;  $p \leq 0,05$ ).

2. Средний уровень автономии является характерной чертой личности с андрогинным статусом гендерной идентичности ( $F^*$ эмп. = 1,66;  $p \leq 0,05$ ); в то время как низкий уровень автономии наиболее характерен для личности с феминным статусом гендерной идентичности ( $F^*$ эмп. = 2,83;  $p \leq 0,01$ ); для личности с маскулиным статусом преобладающим является средний уровень автономии.

### **Основные выводы**

У женщин 25-55 лет уровень психологического благополучия выше, чем у мужчин этого же возраста по всем факторам, кроме автономии.

Большинство современных мужчин и женщин обладают андрогинным – «смешанным» статусом гендерной идентичности.

Высокий уровень психологического благополучия чаще проявлен у личности с андрогинным статусом гендерной идентичности.

Характерной чертой личности с андрогинным статусом гендерной идентичности является средний уровень автономии. Для личности с феминным статусом гендерной идентичности наиболее характерен низкий

уровень автономии, для личности с маскулинным статусом преобладающим является средний уровень автономии.

Таким образом, полученные в ходе исследования результаты могут служить основой для разработки форм работы практических психологов с клиентами 25-55 лет по запросам повышения психологического благополучия. Мы рекомендуем при выборе методов и инструментов как для индивидуальных консультаций, так и групповых тренингов мужчин и женщин учитывать тип их гендерной идентичности и уровень автономии.

### Литература

1. Бем С. Линзы гендера: Трансформация взглядов на проблему неравенства полов. – М.: РОСПЭН, 2004.
2. Еремеева А.В. Специфика проявлений субъектности в ситуациях автономности и неавтономности // Вестник Вятского государственного университета. 2020. № 3 (137). – 158-167с.
3. Клецина И.С., Иоффе Е.В. Гендерные нормы как социально-психологический феномен. – М., 2017.
4. Козьмина Л.Б. Особенности психологического благополучия и удовлетворенности трудом женщин разных возрастных групп // Общество: социология, психология, педагогика. 2022. – № 2. 116-121с. <https://doi.org/10.24158/spp.2022.2.15>.
5. Мороз Т.С., Федоренко Ю.В., Достойнова М.В. Особенности психологического благополучия женщин в период средней зрелости // Мир науки, культуры, образования. – № 6 (67), 2017.
6. Ryff C ., Singer B. Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonic Approach 13. to Psychological Well-Being // Journal of Happiness Studies [serial online]. – 2008. – 9 (1). – P. 13–39.
7. Ожигова Л.Н. Гендерная идентичность личности и смысловые механизмы ее реализации. Диссертация на соискание ученой степени доктора наук. – Краснодар, 2006.
8. Шевеленкова Т.Д., Фесенко П.П. Психологическое благополучие личности (обзор основных концепций и методика исследования) // Психологическая диагностика. 2005. – № 3. – 95-129с.

## ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПИИ ПРИ ПТСР У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

**Аннотация.** В данной статье рассматривается вопрос применения различных методов терапии у детей с посттравматическим стрессовым расстройством. Поднимается проблематика и актуальность проблемы ПТСР у несовершеннолетних на основе данных Следственного комитета Российской Федерации, а также анализе литературы, посвященной диагностике и лечению ПТСР у несовершеннолетних.

**Ключевые слова:** посттравматическое стрессовое расстройство, ПТСР, несовершеннолетние, терапия, стресс, травма.

**Постановка проблемы.** Актуальность задач, стоящих перед специалистами, работающими с детьми с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), обусловлена ростом числа несовершеннолетних, в отношении которых были совершены противоправные действия. По данным СК РФ, это угрожающая цифра, а учитывая факт, что далеко не все пострадавшие и испытавшие на себе угрозу жизни или здоровью обратятся в органы, эта цифра может стать катастрофической.

Так же проблематика заключается в недостаточности освещения данного вопроса с научной точки зрения. Только в последние годы мы видим растущий интерес к нему, что не может остаться и не должно оставаться в стороне.

**Цель статьи.** В данном исследовании мы ставили приоритетной целью обозначить основные проблемы, связанные с проведением корректирующей работы с несовершеннолетними при выявлении у них посттравматического стрессового расстройства. Анализ литературы и проводимых исследований в данном вопросе позволил по нашему скромному мнению составить представление о том, что симптомы, проявляющиеся у детей и взрослых при ПТСР, не имеют принципиальных различий. В подавляющем большинстве – это страх перед небытием, перед будущим, а так же сложности во взаимоотношениях с родителями (учителями) и сверстниками, то есть с окружением. Методики же работы с несовершеннолетними, напротив, будут отличаться в зависимости от возраста.

Для начала важно отметить скудность исследований в данной области, что осложняет нам в достаточной мере возможность объективно судить об утверждениях, встречающихся в нижеупомянутых источниках. Тем не менее, результаты изысканий, проводимых, например, с детьми, пострадавшими в результате террористического акта или военных действий, а

так же оказавшимися в других ситуациях, вызывающих стресс, позволяет составить представление о возможных методах и практиках, помогающих справиться с ним.

Как и в любой иной терапии, прежде необходимо верно диагностировать саму болезнь, или выявить то самое расстройство, с которым предстоит работать. Здесь решающим фактором станет профессионализм и компетентность специалиста, в руках которого окажется ребенок. Конечно, каждый из нас понимает, что он, ребенок, гораздо более уязвим перед угрозой, чем взрослый. И то, что травмирующее событие скажется в дальнейшем на всей его жизни и судьбе, тоже. Таким образом, задача диагноста крайне важна и необходима.

В последние десятилетия о детском ПТСР пишут все чаще медики, психологи и педагоги, что само по себе уже показывает актуальность данного вопроса. Эмоциональное и когнитивное пространство детей, испытавших стресс, освещают психологи (Тарабрина Н.В.). В условиях проведения СВО, когда дети становятся невольными заложниками ситуации в стране, когда отцы, дяди, старшие братья несовершеннолетних уходят, возможно, навсегда, внимание к детям должно быть более пристальным. Именно в этой связи считаем необходимым обозначить задачу информирования взрослых, под опекой которых находятся дети, о возможных проявлениях детского ПТСР. Это должно быть на уровне доступном всем: СМИ, многоканальные телефоны горячей линии, поддержка в семейных центрах.

Опираясь на типологию травматических ситуаций, предложенную Тарабриной Н.В., считаем, что существует два типа травматизации. Первый тип: краткосрочное неожиданное травматическое событие; второй тип: постоянное и повторяющееся воздействие травматического агрессора, – серийная травматизация или пролонгированное травматическое событие [6, С. 37-38]. Здесь большее внимание уделим первому типу.

По данным Следственного комитета, число преступлений против детей за последние пять лет выросло. Только с начала прошлого года от противоправных действий в отношении несовершеннолетних пострадало более десяти тысяч детей, и число это продолжает расти. Как отмечает председатель СК РФ Александр Бастрыкин, – криминальные посягательства в отношении несовершеннолетних становятся все более безнравственными [5]. Подчеркивается то, что угрозу чаще всего представляют близкое окружение и родственники. Действие наркотиков, алкоголя, различные психические заболевания родных, нравственная деградация, насилие, травля в школе и кибербуллинг, – это только часть деяний, способных причинить непоправимую травму еще неокрепшей психике ребенка.

В условиях малой осведомленности взрослых как о возможной стрессовой ситуации у ребенка, так и о способах справиться с ней, приводит к

плачевным последствиям для всех, особенно для самого несовершеннолетнего. Чем меньше возраст ребёнка, тем больше он зависит от взрослых, которые своим собственным примером демонстрируют способ защиты от стресса и возможные пути выхода из него. В связи с чем отметим необходимость работы как с ребёнком, так и с родителями в ситуации с ПТСР.

Терапия ПТСР является неотъемлемой и необходимой задачей для взрослых с целью вернуть ребёнку шанс на полноценную жизнь. Это способ справиться с последствиями перенесенной, но не пережитой травмы, провести переоценку этого опыта для возможности создать новую базу жизнедеятельности, вновь ощутить радость бытия, исцелить свою душу и наполнить смыслом собственную жизнь. Последнее касается больше детей старше 11-14 лет.

Итак, какие же методы в настоящее время используются для восстановления полноценной жизни у детей с ПТСР? Их достаточное количество, однако, остановимся на некоторых из них. Игро-терапия и арт-терапия, когнитивно-поведенческая терапия, гештальт-терапия. Рассмотрим их подробнее.

Для детей дошкольного и младшего школьного возраста игра является одним из доминирующих видов деятельности, посредством которой они развиваются. Это их привычная среда. Именно поэтому игро-терапия занимает свое законное место на лидирующих позициях, когда речь идет о самых маленьких.

«Дети будут играть даже сразу после тяжелой травмы, которую они пережили. Именно игровой процесс поможет им рассказать о своих переживаниях и развеять сильные эмоции. Игровая терапия представляет собой наиболее эффективный подход к резолюции травмы на этом возрастном этапе, независимо от того, получает ли маленький ребенок помощь немедленно или спустя недели и месяцы после травмирующего события» [4].

Арт-терапия, терапия рисунком также является стимульным психотерапевтическим методом при оказании психологической поддержки детям, оказавшимся в тяжелом состоянии. Метод позволяет отстраниться от проблемы и посредством художественной деятельности выявить те самые травмирующие события, которые оказали влияние на психику подростка. Уникальной ценностью обладает этот способ, сочетая в себе как диагностику, так и терапию в целом. Множество вариантов, заданий, рисуночных методов становится для психолога кладезем информации, отражающей не только состояние ребенка в режиме «здесь и сейчас», но и особенности когнитивных процессов, внутрисемейных и межличностных отношений.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) является стандартом при психотерапевтической работе с детьми среднего и старшего дошкольного возраста во всем мире, так как она ориентирована на работу с психологической травмой [3]. КПТ – это непродолжительная психокоррекционная работа,

состоящая из 12-18 сеансов варьирующихся по времени от 20-30 минут до 50-90. Время корректируется с учетом возраста ребенка, необходимости в психотерапевтической помощи, уровня психологического травмирования ребенка. Применяется интерактивная доска для рисунков, наглядные схемы, игрушки (в частности бибабо). Могут проводиться как совместно с родителем (опекуном), так и отдельно, только с ребенком. Целью каждой встречи является создание терапевтических отношений, в том числе обучение навыкам совладания со сложностями, построением безопасной среды для переосмысления и преодоления травматического опыта.

И, наконец, гештальт-терапия в работе с ПТСР направлена на то, чтобы помочь ребенку в осознании происходящего с ним «здесь и сейчас» [1, С. 92-125]. Особенно применим метод для жертв насилия возраста 5-12 лет. Основным моментом в терапии является принятие ответственности за свои поступки и мысли, замена слов «мы» или «вы» на «я»; слов «не могу» на «не хочу»; слов «я должен» на «я хочу» с целью выяснить, какую часть ответственности ребенок в произошедшем берет на себя.

Проблемы терапии у несовершеннолетних, которым диагностировали посттравматическое стрессовое расстройство, являются актуальными и не должны оставаться вне поля зрения. От правильно выбранного метода, он корректно выстроенной работы специалиста зависит жизнь и психическое состояние ребенка и в дальнейшем взрослого человека. Оставлять без внимания проблемы детей – это столкнуться с ними позже и, возможно, в необратимом варианте, т.к. травмированная личность находится в социальной среде, оказывает влияние на свое окружение, а этим окружением может оказаться класс, параллель или тысячи подписчиков.

### **Выводы**

Недоступность и/или некомпетентность взрослых, находящихся в непосредственном контакте с детьми, пережившими стресс, является ключевым фактором, мешающим дальнейшему полноценному развитию личности.

Погружение несовершеннолетних в привычную среду, достижение доверительной атмосферы, способствующей переживанию и принятию «болезненных» чувств в ходе общения; реадaptация травматического опыта и преодоление последствий травматического события у несовершеннолетних; формирование бесконфликтного поведения, навыков саморегуляции, преодоление коммуникативных преград, уединения, возникающего вследствие травматического опыта; создание новых моделей поведения у детей – все это является неотъемлемой задачей проведения терапии при ПТСР и достигается профессиональным владением техниками гештальт-терапии, игро-терапии, арт-терапии и КПТ.

## Литература

1. Брызгунов И.П. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков. – М.: Медпрактика-М, 2008. – 144с.
2. Венгер А.Л., Морозова Е.И. Психологическая помощь детям и подросткам после бесланской трагедии. Документ с сайта [bayer.dp.ua](http://bayer.dp.ua) (Дата обращения: 26.10.2023).
3. Пушкарев А.Л. Особенности коррекции посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у участников военных действий. – Минск, 1997. – 40с.
4. Памелла Вебб. Игровая терапия с детьми, пережившими травму. Реакция на кризис. <https://lektsii.org/12-1925.html> (Дата обращения: 26.10.2023).
5. Официальный сайт издания «Российская Газета» <https://rg.ru/2022/12/07/opasnaia-rodnia.html> (Дата обращения: 26.10.2023).
6. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272с.

Гизатуллина Азалия Ришатовна

## ВЗГЛЯД НА ФЕНОМЕН СТРАДАНИЯ В ЛОГОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПОДХОДЕ

**Аннотация.** В статье представлен взгляд на феномен страдания с точки зрения логотерапевтического подхода. Страдание описано в контексте многомерной онтологии через призму его выражения в физическом, психическом, ноэтическом измерениях. Предложена классификация страдания по шести основаниям, представляющая теоретическую и практическую ценность. Раскрыты возможности логотерапевтического подхода в работе с неизбежным страданием.

**Ключевые слова:** страдание, физическое измерение, психическое измерение, ноэтическое измерение, виды страдания, ценности отношения, смысл страдания.

**Abstract.** The article presents a look at the phenomenon of suffering from the point of view of the logotherapeutic approach. Suffering is described in the context of dimensional ontology through the prism of its expression in physical, mental and noetic dimensions. A classification of suffering is proposed on six grounds; it has theoretical and practical value. The possibilities of the logotherapeutic approach in working with the inevitable suffering are revealed.

**Keywords:** suffering, somatic dimension, psychic dimension, noetic dimension, types of suffering, attitudinal values, meaning of suffering.

**Постановка проблемы.** Мы встречаемся со страданием в частной жизни и на уровне общества. Если раньше часто можно было услышать об отдаленных от нас событиях (войнах, эпидемиях, голоде), в последние годы будет сложно найти человека, которого наряду с личными событиями не затронули бы общемировые потрясения.

В самой древней книги Библии есть строки: «... но человек рождается на страдание, как искры, чтобы устремляться вверх» (Иов. 5:7). Созданы ли мы для страдания, вопрос дискуссионный; однако, является данностью, что мы все встречаемся со страданием на протяжении жизни.

В то же время, в современном мире страдание не приветствуется. Есть тенденция отстраняться от страдания, избегать его. Страдание – это что-то неудобное, неприятное, ведь, что бы ни случилось, «нужно мыслить позитивно».

Одна из коллективных установок, которую выделил Виктор Франкл после Второй мировой войны – позиция временного существования, «жить одним днем». В этом смысле настоящее время можно назвать еще и временем «фастфиллинг», временем убежания от проживания не только боли, но и других чувств в их длительности и полноте: время формата быстрых свиданий, краткосрочных курсов, быстрых результатов – «жить ярко», «получать инсайты», «брать от жизни всё». При избегании происходят различные процессы внутри нас, но само избегаемое не исчезает.

В логотерапевтическом подходе страдание рассматривается как значимый феномен. В прохождении через страдание возможна реализация ценностей отношения и обнаружение смысла. При этом есть потребность в как можно более полном теоретическом описании феномена, с точки зрения логотерапевтического подхода, а также рассмотрения возможностей применения взгляда на страдание для решения задач логотерапевтического консультирования.

**Цель статьи.** Таким образом, предметом исследования в данной статье выступает страдание как феномен, с точки зрения логотерапевтического подхода в теоретическом аспекте и возможности обращения со страданием в работе логотерапевта.

**Результаты исследования.** В толковых словарях, в психологической литературе существуют различные определения страдания, предложим толкование, которое могло бы соответствовать взгляду на феномен, с точки зрения логотерапевтического подхода.

**Страдание** – неприятные, тягостные ощущения, переживания человека, выраженные болью, муками, когда он испытывает разрыв между «есть» и «дóлжно» в физическом, психическом, духовном измерениях.

Логотерапевтический подход рассматривает личность как духовную и как единство трех измерений:

- 1) физического,
- 2) психического,
- 3) ноэтического (духовного).

В соответствии с тремя измерениями личности можно выделить страдание в следующих измерениях.

### **1. Физическое страдание (связано с телом).**

Это может быть страдание, вызванное: **а)** физической травмой. В зависимости от характера повреждающего фактора, это могут быть механические (ушибы, растяжения, переломы, сотрясения), термические (ожоги, обморожения), радиационные травмы, электротравмы, и др.; **б)** болезнью тела (в МКБ-10 с заболеваниями и патологическими состояниями связаны I-IV, VI-XVII классы).

### **2. Психическое страдание (связано с эмоционально-когнитивной сферой).**

Психическое страдание может быть вызвано: а) физическим страданием человека – заболеваниями в обычном смысле слова; соматогенную природу имеют психические расстройства (рассмотрены в классе V МКБ-10); б) эмоциональными переживаниями, вызванными утратами, обусловленными способами мышления, особенностями личности; психогенную природу имеют расстройства невротического спектра (рассмотрены в классе V МКБ-10).

Когнитивная и эмоциональная сферы тесно связаны: наши представления, убеждения о чем-то и эмоциональное состояние оказывают влияние друг на друга.

*Например*, человек, думая о том, что N ответил определенным образом, поскольку чувствует неуважение к нему, может чувствовать неудовлетворенность, возмущение, злость. Думая о том, что N ответил определенным образом, поскольку он погружен в свои мысли и переживания, человек может испытать сочувствие.

Также можно выделить тесную связь между переживанием телесного страдания (физическое измерение) и эмоционально-когнитивной сферой (психическое измерение): физическая уязвимость может «подтягивать» психическую уязвимость, и наоборот. И то, как мы смотрим на физическое или психическое состояние, будет поддерживать их слабость или силу.

*Например*, если человек при заживании руки или ноги после перелома думает, что «ноет – значит, костная ткань срастается, тело восстанавли-

ливается, иногда это происходит через боль», его эмоциональное состояние будет более устойчивым, выздоровление будет протекать легче. Если человек тревожится, «что же происходит, что с этим делать, вдруг что-то не так, куда бежать, что делать», его физическое состояние также будет более уязвимым. Взаимосвязь между состоянием иммунитета и эмоциональным настроением отражена во многих исследованиях, в частности А.И. Зинченко [1, С. 107] указывает, что «исследование психологических факторов и личностных качеств ВИЧ-инфицированных с разным уровнем показателей иммунитета показало, что оптимистичный настрой и активная жизненная позиция оказываются важными предикторами соматического здоровья у ВИЧ-инфицированных».

### **3. Духовное/нравственное страдание (связано с ценностями и смыслами).**

Страдание в духовном измерении обусловлено тем, что не могут реализовываться ценности – переживания, творчества, отношения (позиции) – в частной жизни человека и/или в отношениях человека с миром (подробнее о трех категориях ценностей см. [3, С. 75-79; 2, С. 87-88]).

Уточним, что *ценности переживания* связаны с восприятием, предполагают переживание в связи со встречей с кем-то или с чем-то; *ценности творчества* – со-творение чего-то, реальную полезную деятельность, совершение поступка, который имеет объективный смысл здесь, в этом моменте; *ценности отношения* связаны с прохождением трудностей, переживанием неизбежного страдания.

*Например*, человек не может созерцать красоту мира – с рождения или в результате потери зрения (ограничена реализация ценностей переживания). Человек хочет, но не может заниматься какой-то деятельностью – заниматься профессиональным (любительским) спортом после аварии (ограничена реализация ценностей творчества). Человек не может разделить с другим имеющиеся у него ценности – ценность быть родителем, ценность занимать активную позицию (ограничена реализация ценностей отношения), и др.

Личность существует во всех трех измерениях одновременно, поэтому в последних примерах мы можем видеть взаимосвязь между физическим, психическим, ноэтическим измерениями и проживанием страдания в каждом из них.

**Страдание в трёх измерениях** можно условно разделить на **виды в зависимости от 6 значимых для нас оснований** (обозначим их буквенно А–Е), и это будет влиять на принципы помощи страдающему человеку.

**А. По возможности избежать:** 1) страдание, которое можно избежать; 2) страдание, которого нельзя избежать.

Когда страдания избежать невозможно, с ним необходимо *встретиться и примириться*.

Когда страдание может быть избегнуто, важна мудрость в том, чего *можно* и *стоит избегать*, а с чем *стоит встретиться лицом к лицу*. Существует некая доля необходимого (здорового) напряжения, которую определяет уникальная личность в уникальной ситуации.

*Например*, если человек страдает в психическом измерении, переживая неузнанность, невстреченность, он будет стремиться быть с теми, с кем чувствует разделенность. Но с любым, самым близким человеком, можно «не встретиться» в определенных обстоятельствах в экзистенциальном смысле слова. Значит ли это, что нужно избегать общения с человеком, чтобы не переживать страдание? Вероятно, нет. Мы не застрахованы от непонимания, недопонимания, страдания в связи с этим (с близкими оно может переживаться острее в силу возможного представления, что «он-то должен меня понимать»), в данном случае может иметь больший смысл нахождение «точек» для встречи.

**Б. По связи с моментом во времени:** 1) страдание в прошлом; 2) страдание в настоящем; 3) страдание в будущем.

Страдание, связанное с прошлым или настоящим – это то: а) что может быть признано как часть судьбенного (то, что уже состоялось, то, на что мы не можем повлиять); б) что может быть прожито (в логотерапевтическом подходе, прибегая к модификации установок, парадоксальной интенции, дерефлексии); в) в отношении чего может быть проведена работа горя.

Страдания о будущем связаны с тем, что еще не совершилось, они вызываются тревогой. В логотерапевтическом подходе «первой линией» работы с тревогой выступает метод парадоксальной интенции (ключевая задача – самодистанцирование), однако, в зависимости от того, каким образом выражается тревога, могут применяться и другие методы и техники. Тревога может иметь обоснование в прошлом опыте, в этом случае необходимо возвращение к нему и проживание этого опыта.

**В. По длительности:** 1) временное; 2) неустраимое (бессрочное).

Разрыв между «есть» и «должно», на который мы указали в дефиниции термина «страдание», может быть определенной данностью (например, наличие несправедливости в мире), однако, мы проживаем его, как утрату, в момент осознания этого разрыва, как утрату нашего представления об ином состоянии вещей.

В этом смысле, утраты – это неизбежная часть нашей жизни, и в этом смысле, мы, действительно, «рождены на страдание», потому что страдание, связанное с переживанием утраты, никого не обойдет стороной.

В течение жизни мы можем переживать разные *потери*: а) ролей или чувства принадлежности к чему-то – связаны с изменением нашей *идентичности*; б) *безопасности* – физически, психически, экзистенциально;

в) возможности *управлять* своей жизнью и делами, а также когнитивными, психическими процессами; г) *надежд*, мечтаний, ожиданий; д) *здоровья* (физического или психического); е) *людей, отношений* (в том числе, изменения степени их близости).

Временное страдание имеет определенные сроки. *Например*, горевание об утрате значимого человека может длиться около года-полтора. Чтобы *пережить* горе, нужно его *прожить*. Если не давать себе возможность проживать утрату, реакция может быть отсрочена или искажена (это приводит к патологическому гореванию – отрицание события, отрицание горя, депрессия, «вечное горе»).

Неустранимое страдание рассматриваем в контексте его конечности – оно может быть бессрочным, как имеющее продолжительность в жизни либо не имеющее срока (когда неизвестно, завершится ли оно в течение жизни, или в течение какого времени это может произойти). *Примерами* неустранимого страдания могут выступать физическое ограничение или психическое заболевание, с которым нужно учиться жить (ДЦП, невозможность забеременеть/выносить ребенка, расстройства биполярного спектра); неизлечимое прогрессирующее заболевание, поразившее в определенный момент жизни (деменция, шизофрения, болезнь Паркинсона, онкология, СПИД), и в настоящее время не поддающееся лечению.

**Г. По степени интенсивности переживания:** 1) острое (труднопереносимое); 2) переносимое.

Страдание переживается субъективно. При попытке шкалировать страдание нам необходимо учитывать, что 10 баллов, связанные с переживанием утраты, будут различаться у разных людей. А также то, что 10 баллов могут различаться в зависимости от контекста, опыта личности (с точки зрения логотерапевтического подхода, человек меняется в каждый момент, отвечая на вопросы, которые ему задает жизнь) у одного и того же человека в разные моменты производимого измерения.

То, насколько переносимо страдание, может быть связано с близостью события, вызывающего переживание страдания; с когнитивно-эмоциональными, физиологическими, биохимическими процессами – для оказания помощи страдающему человеку важно определять эти факторы.

*Например*, при острой стрессовой реакции на чрезвычайный стрессор показана первая психологическая помощь, другие формы психологической помощи могут нанести вред.

**Д. По отношению к ответственности человека за произошедшее:** 1) страдание, за которое человек несёт ответственность; 2) страдание, за которое человек не несёт ответственности.

Страдание может быть вызвано действиями самого человека или внешними причинами. В случае прохождения через страдание, за кото-

рое человек несет ответственность, необходимо определять: **а)** степень влияния личности на совершившееся; **б)** что переживает человек; **в)** при наличии чувства вины, является ли вина рациональной/иррациональной), **г)** возможности человека («что зависит от меня») в настоящий момент.

Страдание, за которое человек не несет ответственности, с его точки зрения, может рассматриваться в категориях «справедливости/несправедливости» и может усиливаться убежденностью в «несправедливости» произошедшего. В этом случае можно обращаться к: **а)** тому, что человек видит помимо «несправедливости»; **б)** возможностям человека и нахождению того, что может быть реализовано в настоящем.

**Е. По отношению к осмысленности:** 1) осмысленное страдание; 2) неосмысленное страдание.

Категория смысла является одной из важнейших в логотерапевтическом подходе (три столпа логотерапии: «Свобода воли – Воля к *смыслу* – *Смысл* жизни»). В. Франкл выделяет три вида смысла: **а)** смысл в жизни (смысл момента); **б)** смысл жизни (обнаруживается в конце жизни); **в)** Сверхсмысл (непостижимый смысл целого) [3, С. 56-62].

В данном основании под «осмысленностью» подразумевается не степень осознания страдания, а то, удалось ли человеку обнаружить *смысл страдания*. Можно установить связь этого основания с тем, можно ли страдания *избежать* (страдание не будет иметь смысла, если его можно избежать).

В случае, когда страдание не может быть избегнуто, обнаружение смысла может потребовать времени и усилий.

Страдающая личность – *homo patiens* – это тот, кто не только переживает страдание, но и может определять то, каким образом он проходит через страдание.

Таким образом, проходя через неизбежное страдание, мы можем задаваться вопросом: «**В чём смысл этого страдания?**».

С точки зрения логотерапевтического подхода является важным разворот от вопроса «*почему я страдаю?*» (хотя то, с чем связано страдание, также может быть определено) к вопросу «*для чего (чему) это страдание может послужить?*».

В этом контексте обратимся к повествованию библейской книги Иова: «Был человек в земле Уц, имя его Иов; и был человек этот непорочен, справедлив и богобоязнен и удалялся от зла. И родились у него семь сыновей и три дочери. Имена у него было: семь тысяч мелкого скота, три тысячи верблюдов, пятьсот пар волов и пятьсот ослиц и весьма много прислуги; и был человек этот знаменитее всех сынов Востока. Сыновья его сходились, делая пиры каждый в своем доме в свой день, и посылали и приглашали трех сестер своих есть и пить с ними. Когда круг пиршествен-

ных дней совершался, Иов посылал *за ними* и освящал их и, вставая рано утром, возносил всесожжения по числу всех их. Ибо говорил Иов: может быть, сыновья мои согрешили и похулили Бога в сердце своем. Так делал Иов во все *такие дни*» (Иов. 1:1-5).

Далее в книге рассказывается о том, что к Богу приходят сыны Божии, среди них находится сатана. Бог называет Иова непорочным, справедливым, богобоязненным и удаляющимся от зла (Иов. 1:8). Сатана спрашивает Бога, если Он коснется всего, что есть у Иова, «Благословит ли он Тебя?» (Иов. 1:11). Бог позволяет сатане коснуться всего, что есть у Иова, а потом – и самого Иова: герой лишается всех детей, всего своего имени, а затем – здоровья. Его поражает проказа. В древнеиудейском обществе человека с проказой изгоняли из общества – он не мог приближаться к селениям, обычно эти люди жили в пещерах и медленно (в течение 10-20 лет) переживали распад тела. Можно попробовать представить себе страдания Иова. На протяжении 36 глав идет диалог Иова с тремя друзьями, которые вначале сокрушаются вместе с ним, но далее рассуждают о том, что Бог вознаграждает за добро и наказывает за зло, – утверждают, что Иов согрешил и Бог наказал его, призывают покаяться перед Богом. Иов ищет, в чем мог совершить грех – и не находит. В завершении книги Бог говорит, что Иов ни в чем не согрешил перед Ним (Иов. 42:7-8); возмещает утраты Иова и дает ему вдвое больше того, что было прежде, благословляет последние дни Иова (Иов. 42:10-17). В последнем стихе книги мы читаем: «И умер Иов в старости, насыщенный днями» (Иов. 42:17).

Выделим в этой истории следующее: **1)** отсутствие нереалистичных обещаний. История жизни Иова имеет счастливый финал. В то же время, она является примером того, что у нас нет гарантии «долго и счастливо» в начале, в конце или в середине жизни даже при условии, что мы будем жить праведно. Жить, делая добро, выбирая наилучшее из возможного, не означает, что мы не испытаем страданий; **2)** ответ Иова на страдание. Когда он был лишен детей, имени и здоровья, жена говорит ему: «Похули Бога и умри!». Мы дважды видим реакцию Иова на случившееся с ним: «Наг я вышел из чрева матери моей, наг и возвращусь. Господь дал, Господь и взял; да будет имя Господне благословенно! (Иов. 1:18); «Неужели доброе мы будем принимать от Бога, а злого не будем принимать? Во всем этом не согрешил Иов устами своими» (Иов. 2:10). Иов встречается с *труднопереносимым* (острым) страданием в *настоящем*, которого он *не может избежать*, за которое он *не несет ответственности*, и которое *не имеет срока* (неустранимое, бессрочное). Что он делает? Он: **а)** *принимает* обстоятельства, принимает судьбенное; **б)** *проживает* страдание в физическом и психическом измерениях; **в)** занимает *позицию* в отношении страдания в ноэтическом измерении – склоняясь перед величием Бога и непознаваемостью Его путей.

В логотерапевтическом понимании мы встречаемся здесь с **отношением человека к смыслу**: в постигших Иова неизбежных обстоятельствах он реализует смыслы момента (благословляет Бога), которые в перспективе всей жизни формируют смысл жизни, и признает непостижимость Сверхсмысла («Господь дал, Господь и взял»).

Признание непостижимости Сверхсмысла может становиться ответом на вопрос о «справедливости» страдания и помогает сформировать позицию в отношении неизбежного страдания в контексте существования того, что человек не может обозреть и познать в силу ограниченности его возможностей.

Продолжая отвечать на *вопрос о смысле страдания*, обратимся к опыту основателя логотерапии В. Франкла, описанному в книге «Сказать жизни: «Да!». Психолог в концлагере» [5]. Обращаясь к систематизации страдания, предложенной нами, В. Франкл пережил *труднопереносимое неизбежное бессрочное (неустранимое)* страдание. Символично, что в книге он определяет существование заключенных в концлагере как «бессрочное временное существование» [5, С. 136].

Говоря о смысле страдания, В. Франкл пишет такие строки: «Если жизнь вообще имеет смысл, то имеет смысл и страдание. Страдание является частью жизни, точно так же, как судьба и смерть. Страдание и смерть придают бытию цельность» [5, С. 131]. Наша смертность придает ценность жизни. Неизбежное страдание может стать задачей, нравственным трудом, подвигом: «И коль скоро судьба возложила на человека страдания, он должен увидеть в этих страданиях, в способности перенести их, свою неповторимую задачу. Он должен осознать уникальность своего страдания – ведь во всей Вселенной нет ничего подобного; никто не может лишить его этих страданий, никто не может испытать их вместо него. Однако в том, как тот, кому дана эта судьба, вынесет свое страдание, заключается уникальная возможность неповторимого подвига» [5, С. 150].

С логотерапевтической точки зрения, мы можем *не быть ответственными* за что-то, что с нами произошло, но *мы несем ответственность за выполнение задач*, «... которые жизнь ставит перед каждым, за выполнение требований дня и часа» [5, С. 149].

Как мы можем проходить через неизбежное страдание?

1. С мужеством.

У каждого из нас есть достоинство, которое нельзя отнять. Проживая страдание, мы можем переживать разные чувства (проходя определенные стадии утраты) и при этом продолжать искать наилучшее из возможного для каждого момента. В. Франкл говорит о высшем мужестве – мужестве страдать [5, С. 151].

2. Задавая себе вопрос: «Что ценное я могу вынести из этого опыта?»

Мы можем в каждый конкретный момент реализовывать *смысл* этого момента, устремляясь через диалог с совестью к *Сверхсмыслу*, который мы не можем постичь.

3. Задавая себе вопрос: «Чем мой опыт может быть ценен кому-то еще?»

Отвечая на этот вопрос, мы вступаем в диалог с миром, таким образом реализуется одна из двух специфически человеческих способностей – способность к самотрансценденции.

Тогда, проходя через страдание, можно обнаружить:

1) через реализацию *ценностей позиции* – свою целостность, свою силу, свое мужество, свое нозтическое (здоровое духовное ядро); Сверхсмысл (факт его существования, возможность приближаться к его познанию);

2) через реализацию *ценностей творчества* – возможности влиять на мир (быть примером, поддержкой, ободрением для кого-то);

3) через реализацию *ценностей переживания* – возможности принимать любовь свою и любовь людей рядом, проживать принадлежность чему-то большему (сообщества, системы); благодарность за то, что человек имеет (и доброе, и то, что ведет к изменениям через страдание).

### Выводы

1. В работе со страдающим человеком (*homo patiens*) важно учитывать, что страдание, как феномен, находит выражение в трех измерениях личности: физическом, психическом, нозтическом (духовном), и осуществлять работу с должным вниманием к каждому измерению.

2. В названных выше трёх измерениях страдание может быть описано с разных сторон – нами было выделено шесть оснований для систематизации взгляда на страдание с точки зрения логотерапевтического подхода. В то же время предложенные нами ракурсы могут быть полезны для осмысления феномена страдания в более широком психологическом, культурологическом контексте.

Кроме этого, выделенные основания могут выступать критериями при проведении попеременной диагностики для определения дальнейших направлений работы с человеком, проходящим через страдание.

3. Мы говорим об отношении к осмысленности страдания как ключевом основании, с точки зрения логотерапевтического подхода, который опирается на положение о наличии объективного смысла. При этом предпосылкой для поиска и обнаружения смысла страдания выступает его неизбежность (когда возможно, страдание должно быть избегнуто).

4. В опыте прохождения через неизбежное страдание человек может открывать и реализовывать смысл каждого момента, признавая непости-

жимость Сверхсмысла, в то же время, устремляясь к нему через диалог с совестью.

5. Смысл момента может быть обнаружен через ценности переживания, ценности творчества; но, когда их реализация затруднена или невозможна, остается возможность реализации ценностей отношения (позиции) – как осуществления, подвига, решения задачи, поставленной перед уникальным человеком в уникальной ситуации его жизни.

6. Когда человек не открывает смысл в опыте прохождения через страдание – это может вести к отчаянию. В свою очередь, отчаяние может быть преодолено через обращенность к смыслу, открытие, осуществление смысла момента [2, С. 94; 4].

7. Обнаружение смысла в страдании *происходит через* трансформацию и, одновременно, *влечет за собой* трансформацию личности.

Иов, проживая страдание, произносит слова: «Пусть испытает меня – выйду как золото» (Иов. 23:10). Разрыв между «есть» и «дóлжно» предполагает боль. Преодоление этого разрыва также подразумевает прохождение через боль, при этом личность преобразуется, укрепляется и приобретает пластичность, подобную драгоценному металлу.

### Литература

1. Зинченко А.И. Сравнение психологических особенностей ВИЧ-инфицированных с разным уровнем иммунитета / А.И. Зинченко // Известия Российского государственного педагогического университета имени А.И. Герцена. – 2008. – 107-112с.
2. Франкл В. Воля к смыслу / В. Франкл. – М.: Альпина нон-фикшн, 2021. – 228с.
3. Франкл В. Доктор и душа: Логотерапия и экзистенциальный анализ / В. Франкл. – М.: Альпина нон-фикшн, 2018. – 338с.
4. Франкл В. Метаклиническая патодидея // Логотерапия и экзистенциальный анализ [Статьи и лекции] / В. Франкл. – М.: Альпина нон-фикшн, 2016. – 344с.
5. Франкл В. Сказать жизни: «Да!». Психолог в концлагере / В. Франкл. – М.: Альпина нон-фикшн, 2019. – 239с.

**КАУЗАЛЬНЫЙ ПОДХОД В РАБОТЕ  
С АУТОДЕСТРУКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ ПОДРОСТКОВ.  
РАБОТА В УСЛОВИЯХ КРИЗИСНОГО ЦЕНТРА  
И ЧАСТНОЙ ПРАКТИКИ**

**Аннотация.** В статье отражены основные положения и подходы к работе с несовершеннолетним и его семьей. Представлены маркеры детского и семейного благополучия, собрана диагностическая база, позволяющая обосновать задачи и стратегию работы с подростком. Акцент сделан на аутодеструктивном поведении, начиная с определения понятия и заканчивая каузальным подходом в работе психолога-практика.

**Ключевые слова:** каузальный подход, аутоагрессия, самоповреждение, расстройства поведения, семья, подросток, кризис, психологическая помощь, психологическое консультирование, психотерапия, травма.

**Постановка проблемы.** Сегодня для всех субъектов образовательного процесса очевидно, что вместе с социальной, научно-технической и информационной революцией российское общество вступило в эру, так называемого «быстрого» развития. Каждый из нас постоянно ощущает, как возрастает роль новаторства, что настоятельно требуется оперативность управления, способность быстро реагировать на перемены, создание новых технологий и замена их новейшими, виртуозная ориентация в информационном поле. Следует подчеркнуть, что за последние годы количество детей, подвергающихся стрессовому воздействию, значительно выросло. Этот факт, безусловно, говорит о том, что общество «быстрого» развития, таким образом, демонстрирует потребность в новых системах внутри образования, способных ответить на вызов возрастающего ускорения всех форм общественного бытия. Масштабы и опасные социальные последствия этого явления становятся все более очевидными.

Каузальный подход предполагает рассмотрение внешних и внутренних факторов, движущих сил и условий, определяющих развитие психики и системы социальных отношений. Каузальный принцип направлен на устранение причин и источников рассогласований в темпах жизни внутреннего и внешнего мира человека, ожиданий и возможностей, причин и следствия. Сложная иерархия отношений между симптомами и их причинами подсвечивает послания телесного и психологического, которые необходимо услышать, понять и дать им место. При этом стоит учитывать глубинные явления психики, которые постулирует наличие разнонаправленных и далеко не всегда осознаваемых индивидом мотивационных сил,

вызывающих внутренние конфликты. Симптоматический подход к работе преимущественно направлен на преодоление внешних проявлений трудностей развития или симптомов. Каузальный – предполагает устранение или нивелирование самих причин, порождающих эти негативные явления в развитии ребенка/подростка.

Изучение проблемы аутодеструктивного поведения и анализ конкретных случаев показывают, что большинство несовершеннолетних решаются на причинение вреда себе, чтобы обратить на свои проблемы внимание, прежде всего, родителей, реже педагогов, иногда сверстников, протестуя таким страшным образом против безразличия, цинизма или жестокости окружающих. За каждым таким случаем стоят одиночество и безысходность, травмы и переживания, когда страх перед жизнью побеждает страх смерти. Суицид занимает 13 место среди причин смерти во всем мире (ВОЗ, 2021). Россия уже вышла в лидеры по количеству подростков, которые совершают самоубийство, причем волна детских самоубийств постоянно растет. У подростков в возрасте от 15 до 19 лет среди причин смерти суициды занимают третье место. При этом число суицидальных попыток примерно в 8-10 раз превышает число зарегистрированных завершенных самоубийств [1].

**Цель статьи.** Обобщение и систематизация аналитико-диагностических данных по работе с аутодеструктивным поведением подростков в практике психолога кризисного центра и психолога частной практики.

**Изложение основного материала исследования.** Спецификой подросткового возраста является повышенная сензитивность, совпадающая с периодом неопределенности и вхождения во взрослую жизнь. Зачастую это способствует тому, что в кризисной ситуации подросток может выбрать деструкцию как наиболее «легкий» способ разрешения проблемной ситуации. Ученые и практики различных специальностей (медики, психологи, социологи, социальные работники, сотрудники служб экстренного реагирования, журналисты, педагоги) стараются рассмотреть проблему подростковых девиаций с разных сторон. Об этом свидетельствует создание многочисленных кризисных центров, телефонов доверия, появление научных разработок. СМИ активно привлекают внимание общественности к данной проблеме.

Анализируя причины девиаций, Л.С. Выготский отмечал, что в основе большинства подобных случаев лежит психологический конфликт между ребенком и средой, или между отдельными сторонами и слоями личности ребенка [2].

С точки зрения А.В. Ипатова, деструкция подростка – это проявление искажения его социализации в виде системы поступков, которые противоречат социальным нормам и в результате которых он вольно или невольно

причиняет существенный вред своему психологическому и социальному благополучию» [5]. К таким поступкам Е.В. Змановская относит агрессивные, рискованные и асоциальные проявления, которые, в свою очередь, угрожают духовному и нравственному развитию подростка, а также его будущему социальному статусу [2]. Ю.А. Клейберг аутодеструктивным называет поведение, нарушающее и разрушающее медицинские и психологические нормы, угрожающее целостности и развитию самой личности и, как итог – приводящее к ее распаду (суицид, злоупотребление психоактивными веществами, пищевые аддикции, и др.) [6].

Деструктивное поведение – это поведение, формируемое под влиянием социальной и культурной среды, направленное на разрушение материальных вещей, принятых норм и правил, а также причинение вреда себе и окружающим. Учитывая, что в подростковом возрасте основным критерием нормативного развития личности выступает успешность социализации, важной особенностью деструкции является социально-психологическая дезадаптация, вызванная рядом условий. К таким условиям можно отнести складывающиеся взаимоотношения со сверстниками, психологическая среда в семье и в учебном заведении.

В результате анализа исследований по проблеме деструктивного поведения подрастающего поколения можно сделать вывод, что деструктивные качества подростка – это качества, которые повышают вероятность совершения различного рода деструкций. Чаще всего подростки совершают деструктивные действия в отношении сверстников или других лиц, себя, а также материальных вещей. Это характеризуется, как нарушение норм, правил, личной безопасности, то есть подростки применяют, в основном, агрессию в отношении этих лиц, себя и вещей.

В ходе изучения проблемы аутодеструктивного поведения подростков были проанализированы работы авторов, которые исследовали данную проблему у различных групп подрастающего поколения. Важно отметить, что некоторые особенности аутодеструктивного поведения свойственны каждой группе подростков. Таким образом, можно выделить пять групп особенностей подростков, склонных к аутодеструктивному поведению: *личностные, психологические, мотивационно-целевые, эмоционально-волевые и гендерные* [3, 4, 6].

1. **Личностные особенности:** высокий уровень общительности и дружелюбия; интеллектуальная недостаточность; повышенная тревожность и напряженность; независимость; ожидание положительного отношения от других; отсутствие самообвинения; безответственность; низкая самоуверенность; низкий уровень адаптационных способностей; несовпадение заявляемой и переживаемой самооценки; негативное отношение к школе и учебе. Наиболее значимыми составляющими личностных особенностей

деструктивных подростков являются самооценка, самоотношение, поведенческая саморегуляция и коммуникативные способности. Дисгармония, рассогласование в развитии и функционировании данных особенностей находят свое проявление в разрушительной активности.

2. **Психологические особенности:** отсутствие интереса к познавательной деятельности; отсутствие способности к эмпатии; неумение преодолевать трудности; внешняя социабельность и страх перед эмоциональным контактом; стремление уходить от ответственности и принятия решений; наличие внутренних личностных конфликтов; акцентуации характера; повышенная возбудимость нервной системы вследствие различных причин (болезни, травмы и пр.).

3. **Мотивационно-целевые особенности:** причинение ущерба; доминирование, власть над другим человеком; самоутверждение; отстаивание автономии и свободы; завоевание авторитета в группе сверстников; привлечение внимания; низкий уровень учебных достижений. Мотивы деструктивного поведения осознаются подростком, но в редких случаях совершение деструктивных поступков поддерживается бессознательными тенденциями.

4. **Эмоционально-волевые особенности:** низкий уровень эмоциональной устойчивости; высокая возбудимость; несдержанность; беспечность; равнодушное отношение к переживаниям других; повышен уровень импульсивности, раздражительности и вспыльчивости; агрессивность; конфликтность; ослабление чувства стыда. Такие особенности деструктивного поведения затрудняют общение с окружающими и создают значительные сложности при воспитании подростка.

5. **Гендерные особенности:** юноши более склонны к преодолению норм и правил, самоповреждению, агрессии, не способны к волевому контролю эмоциональных реакций; девушки склонны к установке на социальную желательность и отклоняющемуся поведению; мальчики более склонны к физической агрессии, негативизму, раздражительности, обидчивости; девочки же, наоборот, к косвенной и вербальной агрессии, чувству вины; мальчики более склонны к конфликтам, нежели девочки.

Анализ рисков и угроз аутодеструктивного поведения целесообразно выстраивать на основе многокомпонентной матрицы (Табл. 1). Матричная структура включает в себя: 1) психологическую безопасность образовательной среды; 2) работу с семьей в профилактике рисков и угроз среди несовершеннолетних; 3) профилактику суицидальных рисков в детском сообществе; 4) психологию здоровья и психологию личности как ресурс сопротивляемости в кризисных ситуациях [1].

Таблица № 1

## Маркеры и показатели риска аутодеструктивного поведения

Маркеры	Показатели	Методы и методики диагностики
«Психологическая безопасность образовательной среды»		
Психологическая безопасность	референтная значимость среды, защищенность от психологического насилия; удовлетворенность образовательной средой	Анкета для педагогов «Психологическая безопасность в образовательной среде»; Опросник психологической безопасности; Анкета для учеников «Психологическая безопасность в образовательной среде»
Коммуникативная компетентность	владение культурой общения и педагогическим тактом; умение слушать; использование невербального языка; наличие знаний и навыков поведения в конфликте; умение использовать эффективный стиль общения сообразно ситуации	Опросник «Стиль поведения в конфликте». К. Томаса; «Анализ педагогического общения учителя на уроке» В.Б. Пегушиной; Методика «Стиль педагогического общения учителя» А.Б. Майского и Е.Г. Ковалевой; Тест «Умеешь ли ты слушать?»
Эмоциональная компетентность	осознание своих чувств и эмоций; управление своими чувствами и эмоциями; осознание чувств и эмоций других людей; управление чувствами и эмоциями других людей; умение выражать эмпатию; уровень эмоционального выгорания	Методика диагностики эмоционального интеллекта (МЭИ) М.А. Манойловой; Тест на эмоциональный интеллект Холла; Диагностика уровня эмпатии В.В. Бойко; Методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко; Опросник «Профессиональное (эмоциональное) выгорание» К. Маслач, С. Джексон
Личностная компетентность	осознание и оценка педагогом личностных качеств сформированности самооотношения, самосознания, позитивного образа «Я»; владение способами личностного самовыражения и саморазвития	Методика изучения самооотношения В.В. Столина; Тест «Психологический личностный профиль» Т.А. Ратановой, Н.Ф. Шляхта; Тест «Иерархия потребностей» («Парные сравнения»)
«Отношения со сверстниками»		
Жестокость, агрессия, конфликтное поведение	Агрессивность Эгоцентризм Цинизм Враждебность Агрессия (вербальная, косвенная, физическая) Интолерантные установки Выраженные агрессивные реакции Выраженная стратегия конфронтации, соперничества	Методика Рене Жилия Дом. Дерево. Человек Несуществующее животное Методика «Тест руки» Ребенок глазами взрослого. Романов Методика Басса-Дарки Тест Томаса Шкала Кука-Медлея Методика диагностики общей коммуникативной толерантности (В.В. Бойко) ТАТ

Незрелость способов коммуникации (низкая коммуникативная компетентность)	Неадекватные социальные установки Низкий уровень коммуникативных навыков Неадекватные социальные установки	Графическая методика Кактус Рукавички Цукерман Опросник для измерения общих социальных установок у детей (Э. Френкель-Брунsvик) Диагностика лидерских способностей Жарикова
Социально-психологический климат, сплоченность, проблемы статуса в коллективе	Низкий социометрический статус Негативная атмосфера в классе Негативное отношение к одноклассникам, Низкий уровень сплоченности в коллективе Неудовлетворенность отношениями со сверстниками	Социометрия Дж. Морено Методика Рене Жилия Тест межличностных отношений Лири. Методика Фидлера Диагностический тест отношений (Г.У. Солдатова)
«Фактор семьи в профилактике рисков и угроз среди несовершеннолетних»		
Семейная история	Наличие суицидентов среди членов семьи	Анкетирование Беседа
Тип семьи	Неполная семья (особенно, если отсутствует мать) Семьи с алкогольной или наркотической зависимостью	Генограмма или социогенограмма (в процессе углубленной диагностики) Сбор информации и заполнение социального паспорта на обучающихся
Ролевая структура семьи	Доминирующая авторитарная мать – глава семьи, и мягкий уступчивый отец	
Стиль семейного воспитания и характер отношений детско-родительских	Отвержение Эмоциональная холодность Чрезмерный контроль Постоянно высказываемое недоверие Повышенная требовательность Бессистемность и отсутствие последовательности в воспитании Жестокое обращение с ребенком Гипоопека Гиперопека Враждебность Конфликтность	Взаимодействие родитель – ребенок (ВРР) (автор И.М. Марковская) Анализ семейного воспитания (АСВ) (авторы Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис) Опросник родительского отношения к детям – «зеркало» для АСВ Детско-родительские отношения подростков (ДРОП) (авторы О.А. Карабанова, П.В. Трояновская) Кинетический рисунок семьи (авторы Р. Бернс и С. Кауфман) Методика «Семья животные» или «Ссорящиеся животные» Цветовой тест отношений (ЦТО) (автор А.М. Эткинд) Межличностные отношения ребенка (автор Р. Жиль) Эмоциональные отношения в семье (авторы Е. Бене и Е. Антони) Опросник «Подростки о родителях» (ADOR) (автор Е. Шеффер в адаптации Л.И. Вассермана)

«Психологическое здоровье. Психология личности»		
Самосознание. Самооценка. Уровень притязаний	Низкая самооценка Заниженный уровень притязаний Негативное самоотношение (Непринятие себя, размытый «образ Я») Дисфункциональная система ценностей или отсутствие ЦО	Методика «Лесенка» Т.А. Репиной (дошк. возр., мл. шк. возр.) Методика Дембо-Рубинштейн (с 9 лет) Изучение общей самооценки с помощью процедуры тестирования (опросник Казанцевой Г.Н.) Методика «Нарисуй себя» авт. – А.М. Прихожан, З. Василюскайте Тест «Смысложизненные ориентации» (методика СЖО) Д.А. Леонтьева Определение сформированности ценностных ориентаций (Б.С. Круглов)
Эмоциональная блокада и отсутствие саморегуляции	Тревожность Отсутствие волевого самоконтроля Нестабильное эмоциональное состояние	Тест школьной тревожности Филлипса Личностный опросник Р. Кеттелла Методика «САН» (Методика диагностики самочувствия, активности и настроения) Методика «Эмоциональная идентификация» (Е.И. Изотова) Методика «Дифференциальные шкалы эмоций» (К. Изарда) Методика «Стиль саморегуляции поведения» В.И. Моросановой
Дефицит ресурсов (внутриличностных и внешних точек опоры)	Неудовлетворенность значимых потребностей	Тест М. Люшера Социометрия Социальный атом (Я. Морено, Г. Лейтц) Методика Келлермана-Плутчика-Конте «Индекс жизненного стиля» Юношеская копинг-шкала Э. Фрайденберг, Р. Льюис Методика «Дерево с человечками» (Д. Лампен, в адаптации Л.П. Пономаренко)

Представленные показатели, – факторы суицидального риска – это рабочие гипотезы, которые в процессе практической деятельности и сопровождении со случая требуют проверки. С этой целью каждая из гипотез сопровождается диагностическим инструментарием, необходимым для организации системы мониторинга в образовательной организации. Любая система нуждается в инструменте, который позволит оперативно оценивать текущее состояние и эффективность предпринимаемых усилий. Если говорить о профилактике аутодеструктивного поведения, то опера-

тивность реакции на возникновение рисков или предпосылок аутодеструкции имеет порой решающее значение [1].

Необходимость своевременного, полноценного анализа эффективности работы по профилактике и коррекции девиантного поведения подростков осознается теоретиками и практиками педагогики и психологии (Б.Н. Алмазов, А.С. Белкин, А.Д. Гонеев, Л.А. Грищенко, А.И. Захаров, В.П. Кащенко, Н.И. Лифинцева, Г.М. Миньковский, В.А. Поварицына, А.Е. Тарас, Н.В. Ялпаева). Решая задачи комплексного сопровождения несовершеннолетних, специалисты образовательных организаций реализуют профессиональную деятельность посредством развертывания своего функционала. Полифункциональность деятельности педагогов и психологов требует структуризации и расстановки приоритетов. Важно, что это содержание может распространяться не только на решение задач профилактики аутодеструктивного поведения, но и на задачи адаптации, социализации, индивидуализации и интеграции обучающихся.

В частной практике работы психолога-консультанта, психотерапевта с несовершеннолетним клиентом предпочтителен семейный системный подход. На сегодняшний день как в науке, так и в практике имеется весьма внушительное число доказательств того, что семья и отношения в ней являются важнейшими факторами формирования склонности к аутодеструкции. Как отмечает Е.М. Вроно (1994), поводом к дебюту аутоагрессии служат неурядицы в различных сферах жизни подростка [1, 4]. Глубинной причиной, которая выявляется при установлении доверительного клиент-терапевтического альянса, детальном знакомстве с ситуацией, как правило, оказываются нарушенные взаимоотношения в семье. Проанализировав результаты исследования множества клиентских случаев, можно сделать вывод о том, что внутрисемейная ситуация юных суицидентов, подростков с расстройством пищевого поведения, с самоповреждением, употреблением ПАВ, характеризуется глубоким нарушением эмоционального взаимодействия ребенка с семьей, в частности, с матерью; в отношении ребенка родители демонстрируют повышенный контроль, постоянно высказываемое недоверие, чрезмерную требовательность и эмоциональное отвержение. Подростки, характерным типом аутоагрессивного поведения которых является самоповреждение, воспитываются в неблагополучных семьях, часто с асоциальной и антисоциальной направленностью, но также часто случаи аутодеструктивного поведения подростком проявляются и в условно благополучных семьях – тех, где уровень социального благополучия высокий, а уровень эмоционального благополучия низкий. Отцы таких подростков отличаются эмоциональной неустойчивостью, высокой степенью зависимости самооценки от мнения других, высоким уровнем тревожности, демонстративностью и вытесненной враждебностью. У матерей ярко выражен «властно-

лидирующий» тип межличностного взаимодействия, высокая активность, стремление к достижениям и доминированию, подчинению других себе, их эмоциям не хватает тепла, поступкам – конформности, а их установки ригидны. Таким образом, для семей подростков с аутодеструкцией характерно нарушение ролевой структуры, проявляющееся в главенстве жесткой доминирующей матери и подчиненном положении мягкого, уступчивого отца. Воспитание носит бессистемный характер, сводится к жестоким указаниям и физическим наказаниям. Характерной акцентуацией подростков из таких семей является эпилептоидность. Кризис подросткового возраста имеет патологическое течение, проявляющееся в крайней раздражительности, дисфории (глубокой подавленности). Школьная адаптация таких детей крайне затруднена. Подростки тяготеют друг к другу и объединяются в группировки, обычно характеризующиеся асоциальной направленностью. Аутодеструктивное поведение впервые начинает появляться у них, как правило, со среднего подросткового возраста в ситуациях «лишения свободы»: вызов родителей в школу, постановка на учет в КДНиЗП и т.д. Ведущее эмоциональное состояние в ближайшем пресуициде и во время совершения самоповреждений – злорадия и обида. Проявляется аутоагрессия обычно в самоожогах, самопорезах, наносимых неглубоко. Такое поведение крайне быстро стереотипизируется и становится постоянно практикуемой формой поведения в стрессовой ситуации. В таких семьях ограничены контакты с внешним миром. Следовательно, ребенок был вынужден меньше общаться с людьми, в том числе и со сверстниками, и ему сложнее было выработать навыки общения.

Таким образом, анализ диагностических данных и терапевтических стратегий однозначно указывает на то, что огромную роль в профилактике суицидальных рисков и угроз среди несовершеннолетних играет семья, ее структура, психологический климат, характер супружеских и детско-родительских отношений. Полнота семьи, ее реальное, а не только лишь внешнее благополучие; сильная, авторитетная фигура отца-главы семьи, заботливая, любящая, понимающая и принимающая мама; взаимная любовь и уважение супругов; последовательный, демократичный стиль воспитания, предполагающий учет реальных возможностей и потребностей самого ребенка, отсутствие как гипо- так и гиперопеки – все это является залогом психологического здоровья и благополучия ребенка.

На консультацию/психотерапию приводят несовершеннолетнего, но работает вся семья. Психолог частной практики так же, как и психолог кризисного центра, сталкивается с сопротивлением родителей/подростка, связанным с низкой мотивацией, страхом оценки и страхом перемен. Изучать анамнез, строить гипотезы, проверять их объективными методами, определять терапевтическую стратегию – задача автономная. Одна-

ко работа с аутодеструктивным поведением часто требует комплексного подхода и возлагает на специалиста частной практики необходимость сотрудничества со специалистами смежных профессий: психиатр, невролог, нарколог, гастроэнтеролог. Каузальный принцип в работе определяет значимость работы с первопричиной аутодеструкции, нежели с ее следствием. Соответственно, речь идет о пролонгированной работе психолога, успех которой зависит от пошагового, спиралевидного заглужения в ядерную сцену внутриличностного конфликта. Четкий и устойчивый сеттинг, компетентность в работе с подростками, командная работа со специалистами смежных профессий, с родителями и семейной системой, мотивация подростка к изменениям качества жизни – вот слагаемые успеха в работе психолога частной практики.

### **Выводы**

Основным условием нормального психосоциального развития (помимо здоровой нервной системы) признается спокойная и доброжелательная обстановка, создаваемая благодаря постоянному присутствию родителей или замещающих их лиц, которые внимательно относятся к эмоциональным потребностям ребенка, беседуют и играют с ним, поддерживают дисциплину, осуществляют необходимое наблюдение и обеспечивают материальными средствами, необходимыми семье. Подчеркивается, что в то же время следует предоставлять ребенку больше самостоятельности и независимости, давать ему возможность общаться с другими детьми и взрослыми вне дома и обеспечивать соответствующие условия для обучения.

У большинства детей в те или иные периоды под влиянием определенных ситуаций могут появиться нарушения эмоциональной сферы или поведения. Например, могут возникнуть беспричинные страхи, нарушения сна, нарушения, связанные с приемами пищи и пр. Обычно эти нарушения носят временный характер. У некоторых же детей они проявляются часто, упорно и приводят к социальной дезадаптации.

Умение справиться с ситуацией фрустрации, навыки эмоционального отреагирования и саморегуляции, опыт проживания эмоционально насыщенных событий – это то, что делает личность самодостаточной и определяет ресурсный фон ее развития.

Стоит обратить внимание на разницу понятий «пережить» и «прожить» жизненное событие. Формат «пережить» обычно связан с работой механизмов психологической защиты [5], «проживание» ориентировано на эмоциональное отреагирование, которое, в свою очередь, обеспечивает интеграцию события в жизнь и причисление его к багажу жизненного опыта.

Признание факта существования события (вне зависимости от его эмоционального полюса), психоэмоциональное его проживание, рефлексив-

ная позиция – вот только малый перечень того, что определяет здоровье психики и личностный рост.

Жизненные события, которые сопровождают человека, в контексте психологии здоровья и психологии личности дифференцируются по степени аффективного реагирования на них. Глубина проникновения определяет качество и количество переживаний.

Переживание является основной единицей внутренней жизни личности. Переживания в форме психических состояний, в которых слиты эмоциональные, волевые и интеллектуальные компоненты, отражают события и обстоятельства жизни в их отношении к самому субъекту. Пережитое сохраняется в памяти личности и служит материалом для осмысления в процессе выработки жизненных планов и целей, жизненной философии, определяющих поведение человека.

### Литература

1. Богомягкова О.Н. Комплексный подход в профилактике суицидов и суицидальных рисков несовершеннолетних. Технологическая маршрутизация. Методическое пособие / О.Н. Богомягкова, Л.Л. Баландина О.С. Самбикина, Ю.С. Шведчикова. – Пермь, 2017. – 371с.
2. Змановская Е.В., Девиантология. Психология отклоняющегося поведения. Учебное пособие / Е.В. Змановская. – М., 2003.
3. Костюкевич В.П., Биркин А.А., Войцеха В.П., Кучер А.А., Теория и практика выявления и предупреждения самоубийств в деятельности практического психолога. – М., 2003.
4. Лактионова Е.Б. Представление педагогов-психологов о рисках в образовательной среде. Безопасность образовательной среды: Сборник статей / Е.Б. Лактионова. Ответственный редактор и составитель Г.М. Коджаспирова. – М.: Экон-Информ, 2008.
5. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. – СПб.: Изд-во «Речь», 2006. – 507с.
6. Прохоров А.О. Психология неравновесных состояний. – М., 2003.
7. Сарджевеладзе Н., Беберашвили З., Джавахишвили Д., Ахашвили Н., Сарджевеладзе Н. Травма и психологическая помощь. – М.: Смысл, 2007.

## СЕКЦИЯ 2.

### Клинико-психологическая диагностика и психотерапия эндогенных, психотравм и личностных расстройств

*Руководитель секции: Сенкевич Людмила Викторовна, кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры основ клинического психоанализа факультета психоанализа НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа».*

Сенкевич Людмила Викторовна

### ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ КЛИНИЧЕСКИХ И КРИЗИСНЫХ ПСИХОЛОГОВ В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНЫХ РЕАЛИЙ

**Аннотация.** В статье детально освещен образовательный опыт Департамента дополнительного профессионального образования (Департамента ДПО) Московского института психоанализа (МИП), которым в течение ряда лет реализуются программы профессиональной переподготовки по направлениям: «Клиническая психология», «Клинико-психологическая диагностика и психотерапия», «Нейропсихология», «Экстремальная и кризисная психология».

**Ключевые слова:** профессиональная переподготовка, клиническая психология, клинико-психологическая диагностика и психотерапия, нейропсихология, экстремальная и кризисная психология, Московский институт психоанализа, Л.В. Сенкевич.

Актуальность проблемы в том, что в наше сложное, противоречивое время востребованность компетентных профессионалов в сфере клинической и экстремальной (кризисной) психологии возросла многократно. Без знаний, умений и навыков в области профессиональной общей, дифференциальной, пато- и нейродиagnostики, психологического консультирования, психокоррекции, психотерапии, нейропсихологической реабилитации и реадaptации, психологической помощи в кризисных и чрезвычайных ситуациях – не представляется возможным формирование и становление настоящего профильного профессионала.

В плане практической подготовки данных специалистов всех нас, конечно же, «подкосила» пандемия COVID-19: с 13 марта 2020 года государственные клинические учреждения перестали принимать студентов курсов профессиональных переподготовок на стажировку. Безусловно, реалии в период «Ковида» требовали безотлагательных и чрезвычайных

мер. Сейчас ситуация не столь напряженная, но по-прежнему остро стоит вопрос с практикумами, включающими в себя разборы случаев «живых», реальных пациентов и клиентов.

Подготовить грамотного профессионала, будь то медицинский (клинический) или кризисный психолог, без разборов клинических иллюстраций (случаев из реальной практики), проводящихся под супервизией опытных клинических (медицинских) и экстремальных (кризисных) компетентных психологов, имеющих за плечами многолетний практический опыт, подчеркиваю, – невозможно.

В контексте вышеуказанного интересен и полезен образовательный опыт Департамента дополнительного профессионального образования (Департаментом ДПО) Московского института психоанализа (МИП). С большим успехом в течение целого ряда лет Департаментом ДПО МИП реализуются *программы переподготовки следующих направлений: «Клиническая психология», «Клинико-психологическая диагностика и психотерапия», «Нейропсихология»,* и (с прошлого года) *«Экстремальная и кризисная психология».*

При составлении учебных планов данных программ особое внимание уделялось практическим занятиям, количество которых составляет не менее 50% от общего числа академических часов. Причем, занятия ведутся параллельно как очно, так и онлайн, трансляции осуществляются прямо из аудиторий и лабораторий.

Обучающиеся осваивают как классические, так и инновационные диагностические методы и стандартизированные методики общей патодиагностики и нейродиагностики как стандартизированные опросниковые, так и валидные проективные, получая в качестве вспомогательных учебно-методических пособий уникальные разработки нашего ведущего преподавательского состава.

Студенты на практике (с их непосредственным участием в разборе случаев реальных пациентов) изучают патопсихологическую диагностику и обучаются составлению клинических психологических заключений под руководством целого ряда специалистов с многолетним стажем практической работы. Привожу здесь указание на электронную страницу программы профпереподготовки «Клиническая психология»: <https://klinikasenkevich.ru/> (Дата обращения: 23.11.2023).

В рамках больших учебных дисциплин «Психологическое консультирование» и «Практикум по психотерапии и консультированию» слушатели постигают основы клинического психоанализа, когнитивно-поведенческой, групповой, семейной, рилив-, гештальт- и арт-терапии, психодрамы, дистанционного и кризисного психологического консультирования.

Большое количество наших выпускников успешно трудоустроены в различные как государственные, так и в частные клинические и реабилитационные учреждения: ГБУЗ ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина, филиал ГБУЗ ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ Психиатрический стационар им. В.А. Гиляровского, филиал ГБУЗ ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина Психоневрологический диспансер № 4, ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Минздрава России, ООО «СЦХ-КЛИНИК», АНО Центр реабилитации инвалидов детства «Наш солнечный мир» и др., а многие из них уже и сами являются не только опытными специалистами-практиками, но и преподавателями вышеперечисленных программ направления «Клиническая психология», что позволяет вести клинические разборы пациентов всех возрастных когорт при разнообразных нозологиях.

Подчеркиваю то, что по очень объемным учебным дисциплинам: «Практикум по патопсихологической диагностике и экспертизе» и «Практикум по нейропсихологической диагностике», именно под супервизией ведущих медицинских психологов-практиков-профессионалов, слушатели (студенты) учатся писать грамотные пато- и нейропсихологические заключения, составлять адекватные и эффективные психотерапевтические и реабилитационные программы.

Слушатели программы дополнительного профессионального образования «Экстремальная и кризисная психология», помимо базовых теоретических и практических занятий, участвуют в тренингах по формированию стрессоустойчивости в экстремальных и чрезвычайных ситуациях, в занятиях по информационному противодействию (в рамках дисциплины «Психология гибридных войн»), в тренингах по оказанию первой помощи до оказания медицинской помощи, в тренингах по ведению переговорного процесса. Данные тренинги проводятся под супервизией опытных экстремальных практических психологов и сотрудников ДОСААФ РФ.

Таким образом, предметно практикоориентированные программы профессиональной переподготовки, реализуемые Департаментом ДПО Московского института психоанализа, позволяют выпускать компетентных специалистов-психологов, – клинических, кризисных (экстремальных) и других профильных профессионалов-психологов, что максимально востребовано обществом в наше непростое время.

Итак, профессиональная переподготовка по перечисленным выше направлениям представляется особенно актуальной в свете современной сложной медико-демографической, социально-политической и экономической ситуации с одной стороны, и учащения чрезвычайных ситуаций различного характера – с другой. Снижение качества жизни населения и рост распространенности нервно-психических патологий как во взрослой, так и

в детской популяции определяют те актуальные запросы практики, которым должна соответствовать подготовка современного клинического психолога.

Существующий социальный заказ нашего общества предполагает подготовку специалистов, способных эффективно решать задачи укрепления, сохранения и восстановления психического здоровья населения, осуществляя при этом сотрудничество со смежными специалистами (психиатрами, неврологами, дефектологами, юристами). Приобретенные обучающимися во время обучения профессиональные компетенции найдут применение в реализации таких конкретных мероприятий, как психогигиенические, психопрофилактические, психологической коррекции, реабилитационные, адаптационные и реадaptационные. Это, в свою очередь, приведет к существенному позитивному вкладу клинических специалистов в развитие нашей страны и эффективной помощи нашему народонаселению.

Названные программы профессиональной переподготовки подразумевает подготовку слушателей к следующим видам профессиональной деятельности: научно-исследовательской; психодиагностической; консультативной и психотерапевтической (психологическое вмешательство); экспертной; преподавательской; психолого-просветительской; организационно-управленческой; проектно-инновационной.

Особое место в структуре профессиональной переподготовки по указанным программам занимает обучение клинико-психологической диагностике – экспертной, личностно-типологической, клинико-нозологической, дифференциальной, и т.п.

Важнейшее значение придается формированию у слушателей (участников) адекватной профессиональной позиции, этических установок, социальной ответственности.

В качестве обширного тематического конкретизирующего заключения более подробно, однако информационно кратко и ёмко, представлю программу профессиональной переподготовки по клинической психологии, разработанную на базе специальности 370501 «Клиническая психология» (авторы-составители программы: к. псих. н, доц. Л.В. Сенкевич; к. псих. н. Е.А. Поляков; к. псих. н, доц. Д.А. Донцов).

Целью программы профессиональной переподготовки «Клиническая психология» является формирование у слушателей профессиональных компетенций, обеспечивающих эффективное решение практических, научно-исследовательских и научно-методических задач в области клинической психологии.

Трудоёмкость и объем программы (курса) профпереподготовки «Клиническая психология»: общее количество часов (трудоёмкость) – 1500; количество аудиторных часов – 1100; длительность курса профпереподготовки – 10 месяцев.

Основной категорией слушателей (обучающихся) являются лица с высшим психологическим и медицинским образованием, а также студенты старших курсов психологических и медицинских специальностей и направлений вузовской подготовки.

В учебный план программы входят следующие дисциплины: «Неврология», «Психиатрия», «Психофармакология», «Клиника внутренних болезней», «Введение в клиническую психологию», «Методология исследования в клинической психологии», «Теории личности в клинической психологии», «Клиническая психофизиология», «Нейропсихология», «Патопсихология», «Психосоматика и психология телесности», «Специальная психология и коррекционно-развивающее обучение», «Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте», «Проективные методы в клинической психологии», «гендерная психология и психология сексуальности», «Психология здоровья», «Клиническая психология в геронтологии и гериатрии», «Психология экстремальных ситуаций и состояний», «Судебно-психологическая экспертиза», «Личностные расстройства», «Психология отклоняющегося поведения», «Психологическая профилактика зависимого поведения», «Психологическое консультирование», «Психотерапия: теория и практика», «Практикум по патопсихологической диагностике и экспертизе», «Практикум по нейропсихологической диагностике», «Практикум по психотерапии и консультированию», «Практикум по психосоматике», «Практикум по детской патопсихологии», «Спецпрактикум по методам экспертной оценки в клинической психологии», «Модуль специализации "Патопсихологическая диагностика и психотерапия"», «Супервизия», и пр.

Далее будет приведен объёмный список литературы, величина которого свидетельствует об обширности и масштабности профессиональной психологической тематики, освещаемой в вышеназванных и вышеописанных программах профессиональной переподготовки и подчеркивает их содержание и смысл, включающие значимость и значение в сфере общей и, особенно, клинической психологии, что отображено в информационном наполнении и отражено в названиях данных научно-практических и учебно-методических трудов.

### Литература

1. Актуализация личностных ресурсов как направление психологического консультирования спортсменов / Е.А. Петрова, Л.В. Сенкевич, Д.А. Джафар-Заде, А.В. Романова // Теория и практика физической культуры. – 2019. – № 6. – 32-34с.
2. Алгоритм работы с чувством вины в психотерапевтическом рилев-подходе / Е.А. Поляков, Д.А. Донцов, М.В. Донцова, Л.В. Сенкевич // Человеческий капитал. – 2020. – № 12(144). – 145-158с.

3. Влияние социальной депривации в детстве и отрочестве на развитие личностных смыслов в юности и молодости / С.Г. Полякова, Е.А. Поляков, Д.А. Донцов, Л.В. Сенкевич // Человеческий капитал. – 2017. – № 8(104). – 40-43с.
4. Донцов Д.А. Когда уходят корифеи... Ученый муж: доброй памяти Александра Ивановича Донцова / Д.А. Донцов // Человеческий капитал. – 2023. – № 11-1(179). – 11-17с.
5. Донцов Д.А. Обучение и инклюзия в образовании, а также социальная реабилитация и реадaptация лиц с ограниченными возможностями здоровья путем применения метода микрогрупп / Д.А. Донцов, М.В. Донцова, Л.В. Сенкевич // Человеческий капитал. – 2019. – № 8(128). – 140-147с.
6. Донцов Д.А. Опыт подготовки педагогов к проведению программы первичной профилактики употребления психоактивных веществ подростками «ровесник-ровеснику» / Д.А. Донцов, С.Ю. Вепренцова, Л.В. Сенкевич // Человеческий капитал. – 2017. – № 7(103). – 12-16с.
7. Донцов Д.А. Психология познавательных процессов: Учебное пособие / Д.А. Донцов, Е.А. Орлова, Л.В. Сенкевич. – 1-е изд.. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью «Издательство ЮРАЙТ», 2019. – 189 с.
8. Донцова М.В. Об актуальности дистантной психологической помощи в период заболеваний разными видами гриппа и COVID-19 / М.В. Донцова // Экспериментальная психология в социальных практиках: Материалы 3-й всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Москва, 28 декабря 2022 года. – Москва, 2022. – 127-142с.
9. Естественно-психический метод аутоординационного подхода как способ психотерапии личности на примерах оптимизации ситуативной и личностной тревожности, агрессивности и враждебности, эмоциональных состояний и психосоматики / В.А. Янышева, Д.А. Донцов, З.А. Кольчугина, И.К. Янышев // Вестник Академии управления и производства. – 2024. – № 1. – 594-621с.
10. Луковцева З.В. Методология и методика коррекционно-реабилитационной работы нейропсихолога: ПРАКТИКУМ / З.В. Луковцева, Л.В. Сенкевич. – Москва: Московский институт психоанализа, 2017. – 72с.
11. Луковцева З.В. Методология и методика коррекционно-реабилитационной работы нейропсихолога: Учебно-методическое пособие / З.В. Луковцева, Л.В. Сенкевич, Д.А. Донцов. – Москва: Негосударственное образовательное частное учреждение высшего образования «Московский институт психоанализа», 2017. – 160с.

12. Общая психология. Введение в общую психологию: Учебное пособие / Д.А. Донцов, Л.В. Сенкевич, З.В. Луковцева, И.В. Огарь. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью «Издательство ЮРАЙТ», 2018. – 178с.
13. ОБЩАЯ ПСИХОЛОГИЯ. Введение в общую психологию. Психология познавательных процессов: Учебное пособие для студентов психологических специальностей и направлений подготовки / Б.Н. Рыжов, Д.А. Донцов, М.В. Донцова, Л.В. Сенкевич. – 2-е издание, переработанное и дополненное. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью «ФЛИНТА», 2021. – 400с.
14. Особенности поведенческой и личностной сферы подростков-суицидентов / Е.А. Поляков, Л.В. Сенкевич, Д.А. Донцов, М.В. Донцова // Школьные технологии. – 2020. – № 6. – 109-122с.
15. Психологическое консультирование спортсменов в трудных жизненных ситуациях / Е.А. Поляков, П.А. Кисляков, Л.В. Сенкевич, Л.А. Бычкова // Теория и практика физической культуры. – 2017. – № 4. – 32-34с.
16. Психология личности: Учебное пособие для студентов бакалавриата, специалитета и магистратуры психологических специальностей и направлений подготовки / Б.Н. Рыжов, Д.А. Донцов, М.В. Донцова, Л.В. Сенкевич. – 2-е издание, дополненное и переработанное. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью «Издательство КноРус», 2019.
17. Сенкевич Л.В. Исследование паттернов поведения в критических ситуациях как детерминант суицидального риска в юношеском возрасте / Л.В. Сенкевич, Д.А. Донцов, М.В. Донцова // Человеческий капитал. – 2019. – № 6(126). – 135-156с.
18. Сенкевич Л.В. Онтогенез и экзистенциальные проблемы: психовозрастной аспект / Л.В. Сенкевич. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью «Русайнс», 2021. – 240с.
19. Сенкевич Л.В. Особенности мотивационной сферы и копинг-стратегий суицидентов зрелого возраста в контексте переживания ими экзистенциального кризиса / Л.В. Сенкевич, А.С. Орешкина // Человеческий капитал. – 2019. – № 8(128). – 185-199с.
20. Сенкевич Л.В. Типология кризисов зрелой личности / Л.В. Сенкевич // Тенденции развития науки и образования. – 2017. – № 29-2. – 37-39с.
21. Сенкевич Л.В. Экзистенциальные проблемы личности в современной зарубежной геронтопсихологии: результаты анализа исследований за последние пять лет / Л.В. Сенкевич, А.Б. Шагидаева // Современная зарубежная психология. – 2017. – Т. 6, № 3. – 22-29с.

22. Сенкевич Л.В. Экзистенциальные проблемы пожилых людей с позиций зарубежной психологии / Л.В. Сенкевич, А.Б. Шагидаева // Ученые записки Российского государственного социального университета. – 2017. – Т. 16, № 5(144). – 118-126с.
23. Сенкевич Л.В. Экзистенциальный кризис самореализации в семье как фактор влияния на развитие личности в зрелом возрасте / Л.В. Сенкевич, М.В. Донцова // Психологические проблемы современной семьи: сборник материалов VIII международной научно-практической конференции, Екатеринбург, 03-06 октября 2018 года / Уральский государственный педагогический университет. – Екатеринбург, 2018. – 739-745с.
24. Сеницына Т.Ю. Искусство маленьких шагов и остановок в период Covid-19 и на постковидном этапе / Т.Ю. Сеницына, Л.В. Сенкевич, М.В. Донцова. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью «Русайнс», 2022. – 462с.
25. Специфика потребностно-мотивационной и эмоционально-чувственной сфер личности подростков-суицидентов / Е.А. Поляков, Л.В. Сенкевич, Д.А. Донцов, М.В. Донцова // Человеческий капитал. – 2020. – № 11(143). – 269-283с.
26. Электронная страница программы профессиональной переподготовки «Клиническая психология»: <https://klinikasenkevich.ru/> (Дата обращения: 23.11.2023).
27. Эмпирическое исследование возрастно-половых особенностей процесса переживания экзистенциального кризиса девиантно (аддиктивно) и нормативно развивающейся личностью. Часть I / Л.В. Сенкевич, Д.А. Донцов, М.В. Донцова, М.А. Шамбазов // Человеческий капитал. – 2023. – № 11-1(179). – 296-312с.
28. Эмпирическое исследование возрастно-половых особенностей процесса переживания экзистенциального кризиса девиантно (аддиктивно) и нормативно развивающейся личностью. Часть II / Л.В. Сенкевич, Д.А. Донцов, М.В. Донцова, М.А. Шамбазов // Человеческий капитал. – 2023. – № 11-2(179). – 216-236с.
29. Эмпирическое исследование возрастно-половых особенностей процесса переживания экзистенциального кризиса девиантно (аддиктивно) и нормативно развивающейся личностью. Часть III / Л.В. Сенкевич, Д.А. Донцов, М.В. Донцова, М.А. Шамбазов // Человеческий капитал. – 2023. – № 12-1(180). – 180-195с.
30. Эмпирико-экспериментальное исследование динамики личностного развития ординантов в аутоординационной психотерапии / В.А. Янышева, Д.А. Донцов, З.А. Кольчугина, И.К. Янышев // Человеческий капитал. – 2023. – № 11-1(179). – 259-274с.

31. Эмпирико-экспериментальное исследование динамики развития личности ординантов при использовании естественно-психического метода аутоординационной психотерапии / В.А. Янышева, Д.А. Донцов, З.А. Кольчугина, И.К. Янышев // Человеческий капитал. – 2024. – № 1(181). – 228-242с.
32. Янышева В.А. Аутоординационная психология и аутоординационная психотерапия психики человека естественно-психическим методом / В.А. Янышева, Д.А. Донцов. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью «Русайнс», 2024. – 206с.
33. Янышева В.А. Влияние аутоординационного метода психотерапии на психическое и физическое состояние клиента / В.А. Янышева, Л.В. Сенкевич // Ученые записки Российского государственного социального университета. – 2020. – Т. 19, № 3(156). – 58-67с.
34. Янышева В.А. Личностная трансформация как результат аутоординационного метода психотерапии / В.А. Янышева, Л.В. Сенкевич // Человеческий капитал. – 2020. – № 11(143). – 234-247с.
35. Янышева В.А. Опросник «Переживание экзистенциального кризиса»: краткая версия / В.А. Янышева, Л.В. Сенкевич // Системная психология и социология. – 2021. – № 1(37). – 95-108с.
36. Modern View on Postnatal Rehabilitation of Women 30-40 Years Old / A.I. Rybakova, L.V. Senkevich, A.S. Shcheglova, A.B. Shagidaeva // Prensa Medica Argentina. – 2019. – Vol. 105, No. 3. – P. 1000357.
37. Senkevich L. Features of the motivational sphere and copingstrategies of mature suicides in the context of their existential crisis / L. Senkevich, A. Oreshkina, E. Orlova // Man-Power-Law-Governance: Interdisciplinary Approaches: To the 100th anniversary of the State University of Management, Москва, 24–25 сентября 2019 года / Edited by Irina S. Karabulatova. Vol. 374. – Москва: Atlantis Press, 2019. – P. 395-402.
38. Types of smoking behavior and personal qualities of young women with higher education / N.A. Tsvetkova, A.I. Rybakova, L.V. Senkevich [et al.] // International Journal of Civil Engineering and Technology. – 2018. – Vol. 9, No. 10. – P. 150-160.

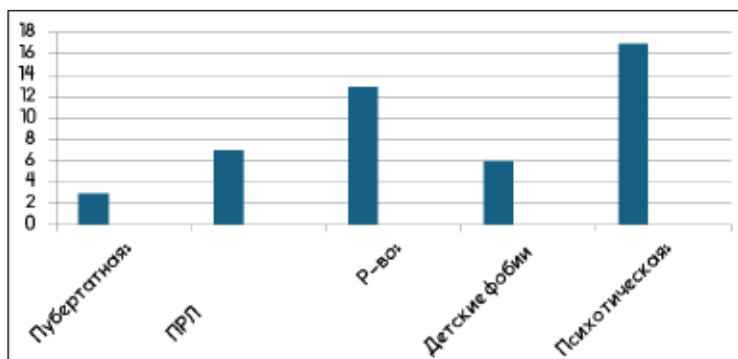
## ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: ОПЫТ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЗОВ И ПСИХОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**Аннотация.** Изменения в подходах к диагностике психических и поведенческих расстройств отражают сложность дефиниций и размытость границ настоящих патологических феноменов. Это приводит к появлению шаблонов («схем», «рекомендаций») в терапии – как наиболее простому способу решения проблем. Вместе с тем, целительные свойства личностной трансформации, ряда переходных состояний, что и составляет основу приемов экзистенциальной психотерапии [1, 3, 4, 5], не учитываются в должной мере. Такой подход приводит к затяжным формам неврозов и депрессий, снижению активности и работоспособности пациентов.

**Ключевые слова:** экзистенциальная психотерапия, амбулаторное лечение, неврозы, психогенные депрессии, диагностика, психические расстройства, поведенческие расстройства, дети, подростки.

**Целью исследования** выступило изучение влияния экзистенциальной психотерапии («ЭП») на личность пациентов в процессе лечения неврозов и психогенных депрессий.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 52 пациента (мужского пола – 11, женского пола – 41) в рамках амбулаторного приема за период 2021 – 2023 гг. У пациентов выявлялись различные формы нервно-психических расстройств (Рис. 1, Табл. 1). Возраст пациентов – от 5 до 18 лет. В возрастном диапазоне 5 – 7 лет было 6 чел., от 8 до 12 лет обследовано 14 чел., с 13 до 18 лет – 32 чел.



**Рисунок № 1 – Формы выявленных нервно-психических расстройств у пациентов**

Таблица № 1

**Диагнозы пациентов, с которыми была проведена  
экзистенциальная психотерапия**

Диагноз	n – 52 чел.
Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР)	6
Пубертатная астения	3
Пограничное р-во личности (ПРЛ)	7
Расстройства поведения\агрессия	13
Детские фобии	6
Психогическая тревога	17

Таким образом, все пациенты имели установленные психиатрами клинические диагнозы. В настоящем исследовании применялась психологическая диагностика с использованием, в частности, таких психометрических шкал, как Шкала общего клинического впечатления (Clinical Global Impression Scale, CGI), Шкала оценки тяжести патологической агрессии (Можгинский Ю.Б., 2019), Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory: BDI)

**Основные результаты исследования.** При обследовании пациентов обнаружилась недостаточная эффективность ранее проводимой фармакотерапии. Это выражалось в жалобах на заторможенность, трудности обучения, «тупость» эмоций, в то время как личностная составляющая оставалась неактивной. Отсутствовал достаточный стимул для борьбы с неврозом, соответственно, уменьшались «стержневые» невротические и тревожные переживания.

Пациентам, до момента настоящего исследования, устанавливались разные диагнозы, в разных клиниках. В качестве примера можно привести неоднократное стационарное лечение пациента подросткового возраста в клинике зависимостей, где был установлен диагноз игромании. Подросток прошел курсы всевозможных современных нейрорептиков, большие дозы антидепрессантов, нейропротекторов, формально призванных усилить его энергетический потенциал и уменьшить тревожность и игровую зависимость. Отец мальчика все время настаивал на назначении сыну «таблетки от воли». Все подобные курсы не приводили к положительным изменениям. Вместе с тем у подростка явно просматривались экзистенциальные проблемы возрастного характера, коррекция и углубленная проработка которых и привели к началу желаемой положительной динамики.

В рамках индивидуальной и семейной психотерапии применялись методики **экзистенциальной психотерапии (ЭП)** [1-6]. Как видно из Рис. 1 и по Табл. 1, ЭП осуществлялась при следующих формах патологии:

- пубертатная астения: состояние связанное с ускоренным эндокрин-

но-физиологическим созреванием и сопутствующими психологическими, возрастными реакциями;

- нарушения поведения и настроения, с трудностями семейных и социальных взаимодействий, которые объединяются в кластер пограничного личностного расстройства (ПРЛ);

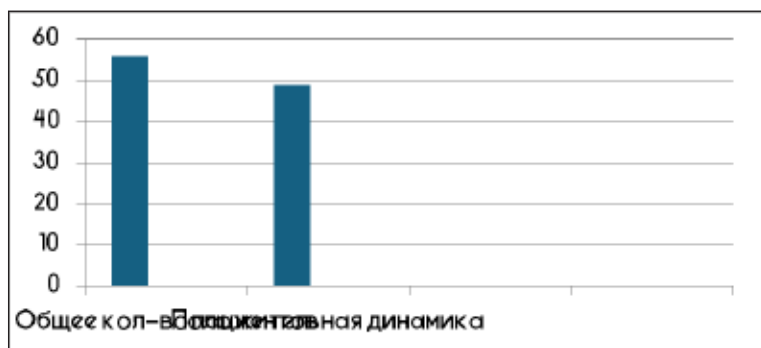
- агрессивное, в том числе, оппозиционно-вызывающее, поведение;

- детские фобии;

- длительно текущая тревога тяжелой степени с психотическими включениями.

Указанные формы нарушений в наибольшей степени были резистентны к фармакотерапии, при которой возникали также побочные эффекты. Помимо этого, в данных случаях имели место значительные экзистенциальные проблемы, вызванные теми или иными искажениями представлений о собственной личности, жизненных законах, философских вопросах бытия. Данные обстоятельства определяют важность использования методики ЭП.

В подавляющем числе случаев ЭП положительно сказалась на динамике терапии (Рис. 2). Из 52 обследованных пациентов положительные сдвиги в состоянии наблюдались у 49 человек.



*Рисунок № 2– Общее количество пациентов и результат лечения*

Разные формы патологии, указанные в Табл. 1, требовали преимущественного использования тех или иных методик ЭП. Выбор данных методик также определялся личностным и аффективным профилем пациента.

Отметим, что приемы ЭП основаны на апелляции к бессознательным аспектам личности, преодолении болезненных невротических защит, актуализации эмпатии, адекватности восприятия окружающего мира, появлении кратковременных состояний «целительного транса» [1, 3, 5].

**Обсуждение результатов исследования.** При ОКР наблюдался конструктивный результат от применения ЭП. Механизм данного вида невро-

за связан с переносом тревожности на «известный» конкретный объект, несущий угрозу («грязные руки», «насекомые» и прочее). Производимое с помощью ЭП структурирование иерархии ценностей, актуализация эмпатии, адекватности восприятия позволяют значительно уменьшить проявления этого невроза (Рис. 3).

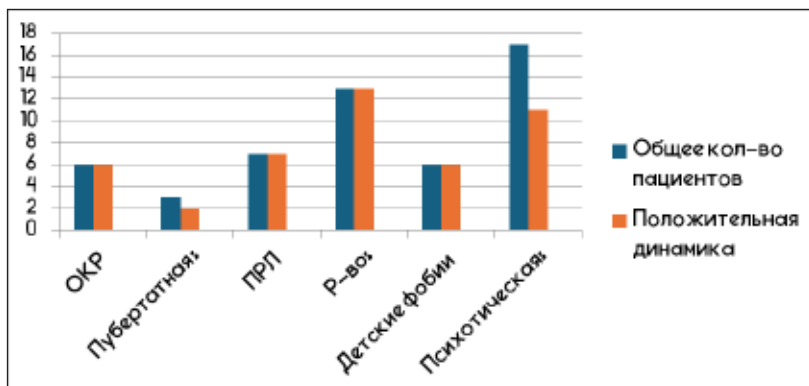
Пубертатная астения также может быть уменьшена путем увеличения личностной мотивации поведения и уменьшения тревожности (Рис. 3).

ПРЛ «требует» применения таких компонентов ЭП, как гармонизация аффектов, алгоритмов ситуативных реакций, понимания иерархии жизненных ценностей (Рис. 3).

Расстройства поведения с агрессивным компонентом также успешно поддаются воздействию ЭП. Здесь необходимо принимать во внимание, что агрессивность зачастую является «стихийным антидепрессантом», ответом нервной системы на тревожно-депрессивный дискомфорт. Соответствующие методы ЭП позволяют скорректировать указанные искажения (Рис. 3).

Относительно детских фобий, механизм их возникновения, во многом, определяется возрастной неразвитостью адаптации. Аффект захватывает сознание ребенка, который не в силах ему противостоять. Апелляция к ресурсам личности, в том числе, на бессознательном уровне, способствует оптимизации лечебного процесса (Рис. 3).

Психотическая тревога, пожалуй, наиболее сложное состояние, при котором ЭП оказалась менее эффективной, в сравнении с ее эффективностью при других формах расстройств. Речь идет о длительно существующей тревоге, тревоге глубокого уровня, которая сопровождается эпизодическими обманами восприятия, элементами бредовой интерпретации. Пациентам в подобных случаях устанавливались диагнозы глубокого не-



**Рисунок № 3 – Количество пациентов, прошедших ЭП, и результаты лечения**

вроза, тяжелого депрессивного эпизода, шизотипического расстройства или шизофрении. Столь широкий спектр диагнозов иллюстрирует сложности интерпретации патологии душевной сферы. Психотическая тревога, с одной стороны, требует определенного эффективного «дополнения» к фармакотерапии, особенно в резистентных случаях, а с другой стороны, – подобные состояния в меньшей степени поддаются ЭП (примерно, в 70% случаев). Тем не менее, представляется целесообразным использовать отдельные приемы ЭП в подобных сложных видах патологии.

**Основные выводы и рекомендации.** Экзистенциальная психотерапия (ЭП) включает использование специфических методов, основанных на визуальных, текстовых, аффирмационных приемах. Это благотворно сказывается на состоянии пациентов с проблемами невротического уровня.

ЭП позволяет существенно уменьшить количество и дозировки психотропных препаратов и, соответственно, число побочных эффектов от их применения.

Посредством ЭП происходит трансформация личностных реакций, представлений пациентов о способах преодоления стрессов, о социальных законах окружающего мира, формируется правильная оценка социального и семейного окружения, оптимальные алгоритмы поведения [1–6].

В конечном итоге, применение ЭП способно существенно улучшить состояние пациентов детского и подросткового возраста с неврозами и депрессиями, оптимизировать тактику лечения, увеличить позитивные прогностические ожидания.

### Литература

1. Кинг М. Экзистенциальная гипнотерапия / Марк Кинг, Чарльз Цитренбаум; Пер. с англ. С.К. Паракецова. – Москва: Независимая фирма «Класс», 1998. – 174с.
2. Лэнг Р.Д. Расколотое «Я»: Анти-психиатрия: [Пер. с англ.] / Р.Д. Лэнг. – Москва: Изд. центр «Академия»; СПб.: Белый кролик, 1995. – 350с.
3. Можгинский Ю.Б. Работа над бессознательным. Руководство для врачей / Ю.Б. Можгинский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 120с.
4. Мэй Р. Любовь и воля / Ролло Мэй; пер. с англ. – М.: Винтаж, 2007. – 288с.
5. Эриксон М. Стратегия психотерапии. Избр. работы / Милтон Эриксон; [Авторизов. пер. с англ. и ред. Шлионский Л.М.]. – СПб.: Речь, 2002. – 542с.
6. Юнг К.Г. Структура психики и процесс индивидуации: [Сб. ст.: Перевод] / Карл Густав Юнг; [Послесл. А.В. Брушлинского]; Рос. акад. наук, Ин-т психологии. – Москва: Наука, 1996. – 267 с.

## О ФЕНОМЕНЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВРЕМЕНИ ЛИЧНОСТИ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВРЕМЕННЫХ АСПЕКТОВ ПОДСОЗНАНИЯ

### ABOUT THE PHENOMENON OF PSYCHOLOGICAL TIME OF PERSONALITY: THE USE OF TEMPORAL ASPECTS OF THE SUBCONSCIOUS

**Аннотация.** В статье рассматривается проблема изучения субъективного времени личности, особенности временных переживаний и приемы коррекции личности посредством использования феномена времени.

**Ключевые слова:** бессознательное, транс, гипноз, психологическое время личности, хронотоп, регрессия, прогрессия, ревификация, диссоциация, психогенеалогическое интервью, психологическая травма, коррекция.

**Annotation.** The article deals with the problem of studying the subjective time of the person, the features of time experiences and methods of correction of the person through the use of the phenomenon of time.

**Keywords:** unconscious, trance, hypnosis, psychological time of personality, chronotope, regression, progression, ramificatia, dissociation, psychoanalytische interviews, psychological trauma, correction.

«Сознание занимает лишь небольшое место в психической жизни», – Вильгельм Райх.

Вопросы, касающиеся работы с бессознательным, всегда представляли интерес как для практикующих психологов, так и для просто интересующихся. Так устроен человек, что его жизнь протекает в четырех пространствах, перемещение в которых отличается друг от друга, а законы функционирования рождаются.

1. Обычное, «бодрствующее» состояние сознания.

2. Особое измененное состояние сознания (экстремальные случаи, представляющие опасность для жизни, переживания клинической смерти, применение наркотических веществ).

3. Сон.

4. Транс (трансовое состояние сознания).

*Транс* – это состояние, в котором пребывает человек. *Гипноз* – технологии вызова этих состояний. Термин «транс» имеет французские корни и обозначает «цепенение» или «перехождение чего-либо». К. Хоффман определил транс как состояние пониженного сознания или состояние дрёмы.

В самом трансе можно выделить следующие его виды:

Вид транса	Примеры
Естественный транс	Воспоминания, мысли, решение определенной задачи
Эмоциональный транс	Наши воспоминания о том, что мы прошли и пережили
Болевой транс	Мысленная подготовка и ожидание того, что будет больно
Рабочий транс	Специальное вызывание у себя трансового состояния с целью решения определённых задач

Сон и гипноз, несмотря на многую схожесть, различаются. Так, состояние сна у человека бывает, как минимум, один раз в сутки (исключение: в ряде южных культур существует «сиеста» – кратковременный дневной сон, вызванный климатическими условиями, а в животном мире встречается анабиоз – «спячка», как например, у медведей или сурков).

Пребывание в гипнотическом трансе возможно гораздо реже. В то же время, реальность сна не только существует, но и играет в жизни человека большую роль. Довольно часто люди пытаются понять смысл того или иного сновидения, желая увидеть подсказки или предупреждения своего подсознания, выступающего в виде значимых людей (живых или ушедших) или метафор относительно реальности. Неудивительно, что много веков существует традиция «сонников».

В трансовом состоянии человек находится довольно часто – от банальной усталости и утомления до эмоциональных переживаний. На этом построен метод дебрифинга (беседа психологической направленности с субъектом, пережившим психологическую травму или экстремальную ситуацию). В психологии именно на трансовой работе с клиентом построен такой метод, как психодрама, где протагонист свои эмоциональные переживания и воспоминания выражает в символической форме в виде театрального действия.

Работая с трансом, мы можем в первую очередь помогать человеку направлять его внутреннее время. Известно в психологическом консультировании, что до тех пор, пока ситуация, произошедшая в прошлом, не решена, она «не отпускает» человека, продолжая его мучить. Субъективное временное пространство личности отличается тем, что может направляться как в прошлое, так и в настоящее или будущее. Направленность в прошлое – это воспоминания, а правильное сказать, субъективная переработка происходящего в прошлом. Она, очевидно, отличается от объективной ситуации, но важнее в ней то, что при воспоминаниях о произошедшем, время может растягиваться.

Рассмотрим более подробно феномен психологического времени. Мы можем выделить следующие понятия.

1. Циклическое время в мифологии (в древних и первобытных обществах принято узнавать о том, что с тобой будет, из песен, сказаний,

легенд). Цикличное время менее невротично, согласно К. Хорни, так как в нем все предопределено и объяснено.

2. Дискретное время современности. Это время разрывно, прерывисто, поделено на три части – «прошлое» (которого уже нет и его не вернуть), «настоящее» (которое занимает секунды и моментально превращается в прошлое) и «будущее» (которого пока не существует). В дискретном мире человек оказывается невротизирован, он боится допустить ошибки, он стремится продлить настоящее, что невозможно («продлись, продлись очарованье»), и в результате бежит от себя, от своих мыслей, от жизни.

Парадокс заключается в том, что, живя в обществе дискретного времени, современный человек продолжает существование во времени циклическом в семейных отношениях и как часть своего рода (если он еще к нему принадлежит – так как встречаются случаи, когда люди и вовсе не знают своего рода).

А.А. Ухтомский в своей «Доминанте» предложил идею хронотопа (пространственно-временной константы). Сам Ухтомский ссылаясь на Эйнштейна, упоминая «спайку пространства и времени» в пространстве Г. Минковского (четырёхмерное псевдоевклидово пространство сигнатуры). Хронотоп – это субъективное временное пространство, в котором находится индивид. По факту, бытие человека определяется теми хронотопами, в которых он предпочтительно существует. Человек, находясь в хронотопе, по-иному начинает воспринимать время – оно либо тянется, либо летит. Нахождение в преимущественном хронотопе накладывает отпечаток и на внутренние ресурсы человека, и на его внешность. Известен факт, что увлеченные чем-то люди находятся «на своей волне», не замечая того, что происходит вокруг них. Длительное погружение в хронотоп дает возможность внутренней молодости. И наоборот, лишение человека любимого хронотопа (например, любимой работы) может привести к резкому внутреннему старению. Хронотоп является мощным психологическим ресурсным состоянием, включая который меняется субъективное время.

Работая с проблемой клиента, психолог прямо или косвенно касается вопросов субъективного самоопределения личности в индивидуальном времени и пространстве. Если реальное пространство – это категория материальная (точнее – «фундаментальное свойство бытия, которое фиксирует форму и протяженность его существования»), более связанная с географическими переменными, то пространство бессознательного – это особая область, обладающая, как в «нехорошей квартире» в «Мастере и Маргарите» М.А. Булгакова, гораздо большими пространством, нежели чем кажется внешне. То есть, это пространство, имеющее другую размерность в отличии от физической, но, в то же время, непосредственно связанное с индивидуальным опытом человека, так как именно в его гра-

ницах и дефинициях он может познать и понять его. Время бессознательного связано сразу с тремя направлениями – прошлым (индивидуальная история, память, сценарии рода, семьи, национальности), настоящим (бессознательно мы воспринимаем гораздо больше, чем нам нужно для совершения некоторых действий, и именно поэтому большая часть этой, почти ненужной, информации, практически не фиксируется человеком не в измененном состоянии сознания, хотя переводится в долговременную память). Время будущего для бессознательного – это прежде всего реализация программы жизни, достижение (или не достижение) поставленных целей задач, но и некоторая, часто довольно отчетливая, программа завершения жизни.

Сценарий жизни, индивидуальная история, воспоминания о реальных или рассказанных событиях, способности и предрасположенности, определяют прошлое, настоящее и будущее человека. В любом случае, человек живет и продолжает существовать сразу в трех временах, при этом наиболее осозанным для него остается время настоящее. Впрочем, с некоторыми «но» в виду того, что многое в настоящем человек совершает на основании привычки или неосознанных стремлений.

Проблема гипноза традиционно не оставляет равнодушными многих как исследователей, так и интересующихся. При этом в ряде случаев гипноз считается панацеей от некоторых проблем. В других случаях его признают вредным и даже опасным. Примечательно, что этой точки зрения традиционно придерживаются священнослужители. Впрочем, гипноз – это метод, которым владеет обученный специалист, и во многом именно от него самого, а не от гипноза, зависит то, что будет происходить. Впрочем, я слушал и такие субъективные «открытия» и откровения, согласно которым телевидение пагубно сказывается на психике молодого поколения. Не телевидение, а некоторые телеканалы и передачи. Телевидение – способ быстрой передачи видеоизображения.

Несмотря на достаточно напряженное отношение психотерапевтов к гипнозу, как терапевтическому методу работы с реципиентом, мы придерживаемся той точки зрения, согласно которой гипнотическое воздействие не должно травмировать и ранить подсознание индивида. Это должно быть плавное, бережное погружение его на те уровни, которые оказываются для него важными.

Отрицательная роль жесткого (медицинского) гипноза, который в настоящее время пользуется большой популярностью ввиду его использования в медийных телепередачах, заключается в том, что люди начинают понимать, что в любое время те, кто владеют «особыми» знаниями, могут воздействовать на них вплоть до того, что они перестанут понимать происходящее и вовсе не смогут себя контролировать. Возможно, это будет «за-

бавно» и странно для зрителей (а после – и для самого участника гипнотического «шоу»). Но проблема в том, что индивид начинает понимать, что:

1) от него мало что зависит, если он сталкивается с гипнотизером, и в зависимости от воли и желания последнего он может совершать разные поступки;

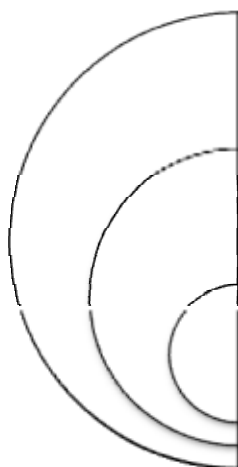
2) такие люди могут появиться неожиданно и начать воздействовать на него в любом удобном случае. Следовательно, таких людей надо опасаться, но вычислить довольно проблематично.

То же происходит и со зрителями. Им нравится и их забавляет некое действие, свидетелями которого они стали. У них появляется неосознанное желание, чтобы и на них так же «повоздействовали» в виду того, что эти переживания для них – новые и незнакомые.

Еще одно направление при работе с субъективным временем – гипнотические регрессии и прогрессии. В частности, наиболее известны подходы к регрессии (терапия прошлых жизней) М. Эриксона, Р. Моуди, В. Хьюитта, прогрессии – Б. Гольдбера и Х. Вамбах.

Рассмотрим более подробно разновидности регрессий и прогрессий.

Эффект гипнотической регрессии (от лат. *regressus* – обратное движение). Можно выделить три вида регрессии:



Возрастная регрессия	<ul style="list-style-type: none"><li>•Регрессия в индивидуальное прошлое</li><li>•Воспоминания из прежних возрастов своей жизни</li></ul>
Регрессия в прошлое своих предков	<ul style="list-style-type: none"><li>•Прадедушки, прабабушки и пр.</li><li>•Дальние родственники</li><li>•Прародители рода</li></ul>
Регрессия в "прошлые жизни"	<ul style="list-style-type: none"><li>•Терапевтическая фантазийная проекция с элементами исторических событий и деталей</li></ul>

Возрастная регрессия – феномен, при котором индивид вновь переживает события из своего прошлого. В состоянии гипнотического транса у психически здоровых людей могут возникнуть формы поведения, свойственные ранним периодам детства<sup>1</sup>. Восприятие окружающего мира тоже будет таким, каким оно было в соответствующем возрасте (например, при регрессии в

<sup>1</sup> Мещеряков Б., Зинченко В. Большой психологический словарь. – Москва: Олма-пресс, 2004

детство индивид может видеть окружающие предметы и людей значительно более крупными). Вероятно, это не реальное отражение индивидуального прошлого, а некая реконструкция, созданная психикой взрослого человека.

Возрастная регрессия используется в таких психологических направлениях, как психоанализ, психодрама, гештальттерапия, метод осознанных сновидений, и пр.

Технику возрастной регрессии использовал П. Жане. Технику возрастной регрессии применял М. Эриксон. В своей книге «Человек из февраля» он рассказывает о том, как в процессе гипнотерапии он создал образ «Человека из февраля», который сопровождал пациентку в ее «путешествиях в прошлое», чтобы оказать ей поддержку и помочь ей освободиться от травматических воспоминаний<sup>1</sup>.

Техника возрастной регрессии успешно использовалась психологами, работавшими с пациентами, страдавшими от посттравматического стрессового расстройства во время Первой и Второй мировых войн.

Существует феномен *ревификации (повторного проживания)*, который называют «истинной возрастной регрессией» – здесь человек мыслит и ведет себя так, как если бы он реально вернулся в соответствующий возраст (например, ведет себя как маленький ребенок). Индивид ощущает себя действующим лицом, а не наблюдателем. Он теряет все познания, приобретенные во взрослом возрасте, и мыслит так, как если бы он реально вернулся в соответствующий период своего детства, а эпизод из прошлого переживается так, как если бы индивид оказался в нем в первый раз в своей жизни. Здесь нужна большая осторожность при работе с травматичными детскими воспоминаниями<sup>2</sup>.

Возрастная регрессия может проводиться по двум линиям: по пути поиска травмы и по пути поиска психологического ресурса.

Также применяется «двухуровневая диссоциированная возрастная регрессия», где индивид продолжает ощущать себя в своем реальном возрасте, однако, благодаря гипнотическому внушению он как бы видит самого себя в прошлом. Подобный прием позволяет пациенту в какой-то степени отстраниться от травмирующего переживания. При этом он может в своем воображении вмешаться в ситуацию и изменить ее.

При работе с высокотравматичными воспоминаниями может также применяться так называемая **«двойная диссоциация»**, при которой пациент не только является наблюдателем событий, не участвуя в них, но и видит не само происшествие, а, например, фильм о нем. Сам он может ощущать себя актером, играющим в этом фильме, но также возможно про-

---

<sup>1</sup> Эриксон, М., Росси, Э. Человек из февраля. – Издательство «Класс», 1995.

<sup>2</sup> Гордеев М.Н. Гипноз практическое руководство 3-е издание. – Москва: издательство института психотерапии, 2005.

вести внушение о том, что главную роль в фильме играет другой человек, лишь внешне похожий на него. При этом возможно даже использование воображаемого «пульта управления», который позволяет пациенту «приблизить» или «отдалить» какой-либо «кадр фильма». <sup>1</sup>

Отдельное направление регрессии – это регрессия в прошлое своих предков. Эту разновидность регрессии мы стали применять первоначально в русле психогенеалогического интервью. Преимущество этого типа регрессии заключается в том, что чаще всего он выступает в качестве ресурсного транс – знание о своих предках, часто – возможность «увидеть» (представить) их в виде оживших фотографий или образов имеют сильное и продуктивное воздействие.

Особенно актуальна такая регрессия для жителей постсоветского пространства. Здесь мы встречаемся с ситуацией, в которой у большинства семей нет знаний о генеалогии собственного рода. Существенным является тот факт, что наши современники имеют в большинстве своем «обрубленную» историю рода, которая ограничивается двумя – тремя поколениями. При этом все, что касается знаний о предках в дореволюционный период, оказывается забыто. Очевидно, что такая ситуация показывает, что программа, заложенная в начале двадцатых годов прошлого века, выполнена.

Но именно эта ситуация обрекает людей на повторение ошибок и проблем их предков.

В регрессии в прошлое своих предков можно выделить два направления:

- 1) возвращение к образам родственников;
- 2) возвращение к прародителям рода.

Людам свойственно слепое копирование модели поведения предыдущих поколений. Особенно это заметно проявляется через поколение (у русских есть идиома – «на детях гениев природа отдыхает»). Такие сценарии передаются, во-первых, посредством семейных легенд о предках (предке). Например, ребенок очень похож на своего дедушку или бабушку. Дальше идет рассказ о этом человеке и, соответственно, косвенное усвоение такой модели поведения ребенком. Все пережитые в предыдущих поколениях стрессы, потрясения и трагедии пробиваются в следующих поколениях (что эволюционно довольно легко объяснить – генетически закрепляется информация ради выживания последующих поколений). Но для этих людей эти «пробивающиеся» стрессы проявляются в виде беспричинных депрессий, тревоги, страхов. Все это необходимо записывать психологу.

Регрессия в прошлое своих предков позволяет не только «увидеть» своих прародителей, чем они занимаются, как выглядят, но и часто получить метафорическую подсказку на волнующую в жизни проблему.

---

<sup>1</sup> Hammond C. Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors, глава 16. – W. W. Norton & Company, 1990.

Такая регрессия чаще всего несет сильный ресурс, причем, после завершения регрессии, индивид еще часто будет возвращаться к «увиденному» им, что позволит ему чувствовать более уверенно и стабильно в жизни (современный человек чаще всего чувствует себя дискретно, оторвано от прошлого своих предков, что усиливает ощущение одиночества, суетности и бессмысленности происходящего). В случае такой регрессии, напротив, эта связь между многими поколениями рода индивида станет ощутимой и осознаваемой.

Третья разновидность регрессии – регрессия в прошлые жизни.

На Западе эта техника регрессии известна как «Pastliferegression, PLR». Ее используют, пытаясь получить подтверждение реинкарнации. Техника включает специальную серию вопросов к человеку, находящемуся в состоянии гипноза, для обнаружения и идентификации событий, произошедших в предполагаемой прошлой жизни.

В первую очередь, данная техника является терапевтической фантазией подсознания индивида. Никаких глубоких выводов из этого типа регрессии не делается, кроме образов, метафор и последующего анализа получившихся «воспоминаний». Мы категорически не связываем этот тип регрессии с эзотерикой или религией. Стоит отметить, что он часто становится ресурсным для гипнотизируемого и, следовательно, целесообразным.

Но, что примечательно, в некоторых западных странах этот тип регрессии находится под запретом. Так, например, в Израиле регрессия прошлых жизней под запретом ввиду опасения серьезной дезориентации прошедших ее. Но здесь опять нельзя вырывать из контекста сам метод, целью которого является метафорическое описание подсознательных стремлений, фантазий, тенденций. Если метод применять по назначению, без мистических выводов, никакой опасности метод представлять не может.

В то же время, есть вероятность, что индивид может «вспомнить» некоторые травмирующие события «прошлой жизни». Но этот сценарий можно исправить, дав предварительную установку (индукцию), что индивид остается лишь наблюдателем этих событий, а никак не участником.

Виды прогрессии				
Собственного возраста	Осуществление целей и жизненного плана	Прогрессия негативной сценарной программы	В желаемое будущее индивида в данной жизни	Видение будущих жизней

Начнем с отрицательных сторон прогрессии. Увидеть будущее, а тем более, собственное будущее – довольно любопытно. Но «оказавшись» в несвершенном, можно заикнуться только на одном развитии сюжета, на

одной линии. Хорошо, если эта линия, которая станет «обозреваема» в прогрессии – позитивна. Хуже, когда дело касается негативного стечения обстоятельств. Что здесь больше преобладает – подсознательное желание, внутренняя установка на негатив или просто чьи-то негативные высказывания относительно индивида, которые он когда-то услышал от кого-то значимого и подсознательно же стал визуализировать, не столь важно. Важно, что неаккуратное использование прогрессии приводит к негативному результату – самопрограммированию.

Каким бы ни было определение будущего, если индивид слышит условное определение будущего, он начинает бессознательно программировать себя на реализацию этого «прогноза». Примечательно, что в первобытном обществе с цикличным временем (взаимосвязь прошлого, настоящего и будущего) о своем будущем узнавали из сказаний, песен, легенд. Мир первобытной жизни был дружелюбен для сознания человека, а сам он был частью природы. Сложнее с временем современным, дискретным, с разорванным временем на ушедшее прошлое, секундное настоящее и неопределенное будущее. Здесь любая информация, которую разными способами человек пытается получить о своем будущем (гадания, предсказания), воспринимается крайне настороженно. Не всякое будущее знать необходимо. Особенно, когда это касается предсказаний и предчувствий.

Любое предсказание будущего достаточно опасно в плане того, что запускает программу реализации кода установки. Так случилось с пушкинским Вещим Олегом..., впрочем, и самого Александра Сергеевича не миновала чаша сия (сценарное следование или, как это принято называть – «роковое стечение обстоятельств»).

Прогрессия собственного возраста очень интересна и информативна в том плане, что индивид довольно подробно описывает в ней свою внутреннюю программу – как он видит свое взросление и последующее старение, принимает ли он свой возраст.

При наличии определенного неприятия описываемого им возраста мы можем зафиксировать: - наличие проблемы в общении с важными для него людьми указанного возраста; - элемент неприятия и вытеснения возраста; - присутствие страхов (страх старости, страх смерти). Наконец, в соответствии с задачами возраста, можно выйти на проработку понимания возрастных задач.

Второе направление прогрессии – прогрессия осуществления планов. Часто человек довольно слепо пытается идти по своей жизни, ожидая неопределенного будущего. Правильно построенное целенаправленное позволяет более четко и понятно объяснить себе образ желаемого будущего.

Как обратная сторона – в ряде случаев целесообразно использовать прогрессию негативного сценария – постараться «увидеть» то, что трево-

жит. Это могут быть страхи от болезней, возраста, жизненных ситуаций. Но всего более страшит то, что табуируется сознанием для размышлений – страшное травмирует, и лучше о нем не думать. Так традиционно табуируется тема смерти.

Следующее направление прогрессии – в желаемое будущее индивида в данной жизни. Желаемое будущее не всегда связано с целеполаганием. Это может быть ресурсное пребывание в определенном пространстве (страна, жилище, кинестетические ощущения). Наконец, последнее направление прогрессии – прогрессия в «следующие жизни». Это метафорическое видение себя, своих функций и задач. В ряде случаев – попытка подсознания достроить новую жизнь, новую биографию, новую историю.

Прогрессия имеет довольно позитивную сторону. Так, осознанный транс дает возможность использования прогрессии (некоего «путешествия в будущее») с позитивным знаком. Здесь появляется возможность не только почувствовать новые ресурсы, созданные в процессе трансa, но и распределить их в своем будущем для достижения поставленной им цели.

При наличии определённой психологической травмы в прошлом целесообразно дать индивиду установку на то, что в будущем он стал умнее, более зрелым, выдержанным, уверенным. Феномен прогрессии возраста может дать понять, как данный человек будет реагировать в будущем на различные стрессовые и жизненные ситуации, на возможные радостные и трагические потрясения, и подготовить его к ним самым оптимальным образом.

### Литература

1. Гордеев М.Н. Гипноз практическое руководство 3-е издание. – Москва: издательство института психотерапии, 2005.
2. Мещеряков Б., Зинченко В. Большой психологический словарь. – Москва: Олма-пресс, 2004.
3. Смыслов Д.А. Психология трансовых состояний. Трансовое решение личностных проблем. Центр психологических инноваций Московского регионального социально-экономического института. – М.: ЦПИ МРСЭИ, 2016.
4. Эриксон М., Росси Э. Человек из февраля. – Издательство «Класс», 1995.
5. Hammond C. Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors, глава 16. – W. W. Norton & Company, 1990.
6. Психологический канал Дмитрия Смыслова в YouTube. <https://www.youtube.com/c/ДмитрийСмыслов> (Дата обращения: 27.10.2023)

## КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ ДИСМОРФОФОБИЙ И ДИСФОРМАНИЙ

**Аннотация.** В статье дается определение дисформации и дисморфофобии. Анализируются критерии их клинико-психологической диагностики. В статье приводятся результаты тестирования, направленного на поиск симптомов данных психических расстройств у лиц разного возраста, пола и рода занятий, приводится пример пациента с подобным расстройством. Подводится итог, что универсальной стратегии в диагностике дисморфофобии на сегодня нет, хотя применяются клинико-патопсихологический и анамнестический методы, опросники специального назначения, а главные методы коррекции – медикаментозное и психотерапевтическое лечение.

**Ключевые слова:** дисморфомания, дисморфофобия, психическое расстройство, внешность, имидж, восприятие тела, самопрезентация, недостаток.

**Abstract.** The article gives a definition of dysmorphophobia and disformia. The criteria for their clinical and psychological diagnostics are analyzed. The article presents the results of testing aimed at searching for symptoms of these mental disorders in people of different ages, genders and occupations, and provides an example of a patient with a similar disorder. It is concluded that today there is no universal strategy in diagnosing dysmorphophobia, although clinical-pathopsychological and anamnestic methods, special-purpose questionnaires are used, and the main methods of correction are medication and psychotherapeutic treatment.

**Keywords:** body dysmorphomania, body dysmorphophobia, mental disorder, appearance, image, body image, self-presentation, disadvantage.

Мнение о собственном образе – неотъемлемая часть мыслей каждого человека о себе и занимаемом в социуме положении. Внешность – существенная часть личностной структуры, ее «Я-концепции», оказывающие влияние на межличностную и эмоциональную сферы, а кроме того, на ход объективных жизненных процессов. Не вызывает сомнений, что и сегодня у большинства людей красивая фигура и внешность ассоциируется со счастьем, молодостью, жизненным успехом, высоким социальным статусом, а полнота или иные физические недостатки – со слабостью, ленью, слабыхарактерностью и прочими отрицательными качествами. Часть людей может адекватно и правильно воспринимать собственное тело, у других же на этой почве могут развиваться психологические расстройства. В теч-

ние последних лет расстройства психики у людей становятся все более актуальной проблемой. Все чаще отмечаются скрытые формы течения психических заболеваний.

Дисморфофобия – это расстройство, суть которого сводится к обостренному переживанию личностью собственных физических недостатков, сопровождаемых мыслями об уродстве. Встречаются случаи, когда данные идеи спровоцированы реальными проблемами, но чаще – это придуманные аномалии собственного тела. Выделяют небредовую и бредовую форму данного заболевания. В МКБ-10 упоминается также дисморфомания, – это вторая, более тяжелая форма описываемого расстройства психики [1, С. 3].

В научных источниках указывается, что феномен дисморфофобии является одним из наиболее противоречивых и недостаточно изученных в психиатрии. Первым понятие «дисморфофобия» ввел итальянский психиатр Энрико-Агостино Морселли в 1886 году. Он описал синдром как «присутствующее у больного субъективное представление о будто бы имеющемся у него уродстве, физическом дефекте, которые, как ему кажется, заметны окружающим».

В Международной классификации болезней это расстройство относится к группе «Обесессивно-компульсивные и сходные расстройства» (код «6В21») [5].

Согласно DSM-5, дисморфофобию можно диагностировать по следующим критериям:

переживание по поводу незначительных или вовсе отсутствующих дефектов/недостатков собственной внешности;

чрезмерное использование косметики, навязчивое сравнение себя и других, постоянное изучение себя в зеркале и на фотографиях. Человек может от 3 до 8 часов в сутки рассматривать дефект своей внешности, некоторые даже используют для этого увеличительные приборы. При этом большая часть лиц, страдающих данным расстройством, понимает, что они проявляют чрезмерную озабоченность, но ничего не могут изменить;

отказ от общения и любых видов активности, потеря интереса к работе, личной жизни, обесценивание ранее значимых вещей. Многие характеризуют свои ощущения как «сильно болезненные», «мучительные» или «разрушительные». Пациенты могут иметь даже склонность к суицидальному мышлению;

данные настроения не обусловлены иным расстройством психики, например недовольство формой и размером собственного тела при нервной анорексии.

Характерными для дисморфомании являются симптом фотографии и симптом зеркала (Абели-Дельма), реже – синдром Ван Гога, при кото-

ром пациент пытается самостоятельно себя прооперировать либо требует проведения конкретной операции. Дистормофманию можно отнести к обсессивным расстройствам навязчивости, поскольку это заболевание характеризуется навязчивым страхом невротического характера. Этот страх основан на убеждении в присутствии дефекта внешности или на необоснованной переоценке существующего физического недостатка [6].

Пациенты, страдающие данной патологией, постоянно чувствуют себя несчастными: они не могут получить удовольствие от встреч с близкими, чтения, вкусных блюд – все их мысли сосредоточены лишь на переживании страха из-за уродства своего тела [2, С. 16].

С целью модификации собственного тела люди, страдающие дистормофобией, могут полностью отказаться от употребления пищи или долго сидеть на низкокалорийных диетах. Тогда начинает развиваться расстройство пищевого поведения – нервная анорексия.

Иногда пациент наносит себе повреждения (селфхарм), что чревато различными осложнениями, в том числе инфекциями. Например, когда человек срезает «некрасивые» родинки. В некоторых случаях больной соглашается на пластическую операцию [5].

В научной литературе можно найти следующие данные относительно частоты определения дистормофобии в общей популяции:

определяется около 2% и более;

70% случаев приходится на подростковый возраст;

от 2,2 до 13,0% приходится на студентов;

13,0% – в общей популяции;

от 8,0 до 37,0% среди больных обсессивно-компульсивным расстройством;

11,0-13,0% – у пациентов с социофобией;

26,0% – при трихотилломании;

14,0–42,0% – при депрессии;

среди клиентов пластического хирурга синдром присутствует в 6,0-17,4% случаев.

К сожалению, зачастую люди, страдающие данным синдромом, не всегда получают адекватное лечение. Это может происходить из-за незнания специалистами данного синдрома [2, С. 17]. Данное психическое расстройство, как правило, носит хронический характер, лишь у 9% пациентов удается добиться постоянной ремиссии, лишь у 21% – частичной.

Методологической базой диагностики психических и поведенческих нарушений, как правило, служат следующие методы, базирующиеся на сформулированных диагностических критериях:

- клинико-патофизиологический;
- анамнестический.

При этом имеющиеся дополнительные экспериментально-психологические методики дают возможность диагностировать латентные формы патологии, детализировать, стандартизировать имеющиеся клинические данные и улучшить феноменологически ориентированный диагностический процесс. В патопсихологической диагностике используются следующие методы:

1. разнообразные тесты;
2. опросник образа тела;
3. многофакторный опросник для исследования личности;
4. опросник К. Philips BDDQ;
5. опросник нарушения образа тела BIDQ, разработанный T.F. Cash;
6. критерии DSMIV;
7. опросники BDDQDC и DCQ.

Универсального решения, позволяющего безошибочно провести клиническую диагностику дисморфофобий и дисформаний, на сегодняшний день нет. Помимо этого, в русскоязычных источниках не находятся достаточные валидированные инструменты для их выявления. Важнейшими стратегиями лечения дисморфофобии сегодня называют медикаментозный и психотерапевтический подходы.

1. Лечение имеет следующие цели:
2. уменьшение симптомов;
3. улучшение ежедневного функционирования;
4. снижение степени эмоционального стресса;
5. повышение общего жизненного уровня пациента.

Патогенез синдромов дисморфофобии и дисморфомании основан на нарушении обмена нейромедиаторов наследственного характера, низком уровне серотонина, нарушении дофаминергической регуляции, дефиците гамма-аминомасляной кислоты. Согласно теории низкого уровня серотонина, пациенты положительно реагируют на СИОЗС (повышается доступность серотонина для других нервных клеток), доказана роль витамина D в развитии когнитивных расстройств, раскрыта взаимосвязь возрастных когнитивных нарушений с холин-, дофамин- и серотонинергической недостаточностью. Лечение, профилактику, коррекцию когнитивных нарушений предложено основывать на применении лекарственных препаратов растительного происхождения и ноотропов, в частности таких, как гинко, холин, кортексин, пирибедил. Некоторые авторы отмечают отсутствие данных о преобладании определенного расстройства личности у пациентов дерматологической практики с дисморфофобией и характере взаимосвязи дисморфофобии с типом личности [6].

Согласно международным рекомендациям, важнейшим психотерапевтическим методом лечения данных патологий является когнитивно-поведенческая терапия, нацеленная на нахождение способов изменения дис-

функциональных мыслей, обучение релаксации. Занятия могут проходить в группах [2, С. 20].

Хотя на первый взгляд диагностика дисморфофобии довольно проста, большинство пациентов стремятся не показывать открыто наблюдающихся признаков психического расстройства или вовсе не осознают присутствие у себя симптомов.

В рамках работы было проведено исследование. Были использованы русскоязычные версии опросников BDDQDV и DCQ [3, С. 45]. Участникам исследования была предложена анкета, содержащая оба опросника.

Участниками исследования стали 250 человек в возрасте от 13 до 72 лет, различного рода деятельности, из них 128 женщин и 122 мужчин. Анкетирование проводилась на основе анонимности и полной конфиденциальности. На основании полученных ответов можно составить следующую таблицу. В таблице 1 представлено численное количество опрошенных, положительно ответивших на перечисленные вопросы.

Положительный ответ на вопрос о наличии недостатка внешности был примерно у половины респондентов, причем с возрастом эта тенденция снижается. Женщины более обеспокоены данным вопросом в сравнении с мужчинами. Большинству тех, кто признал у себя определенные недостатки внешности, трудно перестать думать о данной проблеме. Многие респонденты детально описали беспокоящие их дефекты тела, некоторые – с довольно интимными деталями, чему содействовала анонимная политика опроса.

**Таблица № 1**

**Результаты анкетирования респондентов**

Вопрос	13-18 лет		19-50 лет		51-72 года	
	ж	м	ж	м	ж	м
	«Да»					
Беспокоит ли Вас собственная внешность или какая-то часть тела, которую вы считаете непривлекательной?	71	37	52	22	43	12
Если да, то трудно ли Вам не думать об этой проблеме?	68	31	49	14	36	3
	«Сильно» и «Очень сильно»					
Вызывает ли Ваш недостаток у Вас терзание, мучения?	70	32	51	17	41	6
Способствует ли дефект изменениям в профессиональной жизни или других аспектах жизни?	71	35	43	20	37	8
	«Да»					
Мешает ли Ваш дефект в личной жизни?	70	19	43	19	39	5
Мешает ли Ваш дефект в учебе, в работе, в повседневной жизни?	54	16	29	17	32	2
Есть ли вещи, которых Вы избегаете из-за дефекта?	70	30	50	14	33	3
	«Чаше» и «Гораздо чаще, чем большинство людей»					
Были ли Вы когда-нибудь сильно обеспокоены в отношении какой-то части Вашего тела?	64	21	37	19	31	8

Считаете ли Вы неправильным свое тело или его часть?	69	20	38	17	29	4
Считаете ли Вы свое тело неправильно функционирующим (например, неприятный запах)?	64	19	28	13	43	7
Консультировались или собирались проконсультироваться по поводу этих проблем у пластического хирурга / дерматолога / другого врача?	16	1	10	2	11	1
Считаете ли Вы, что с Вашей внешностью или функционированием организма что-то не так, хотя близкие или доктор говорят, что все нормально?	23	14	24	13	8	1
Проводите ли Вы много времени, беспокоясь о дефекте внешности или неправильном функционировании тела?	62	17	28	7	42	8
Проводите ли Вы много времени, скрывая недостатки внешности или неверное функционирование тела?	70	20	48	10	37	2

Анализ результатов анкетирования позволяет заявить, что более 1/2 участников опроса, указавших у себя присутствие дефекта, довольно часто думают об этом. Практически все молодые девушки, отметившие у себя наличие недостатка, тратят очень много времени на его маскировку.

Вопросы по типу выраженности переживаний о недостатке своей фигуры или организма, о негативных изменениях в общественной, трудовой и личной жизни, о том, много ли времени уходит на обдумывание дефекта и действия по его маскировке, и кроме того, консультировались ли до этого участники опроса по данному вопросу у специалистов, дают возможность заподозрить у опрашиваемого наличие расстройства психики – дисморфофобии, и вовремя порекомендовать ему консультацию у профильного специалиста, что актуально и в тех ситуациях, когда показываются завышенные баллы ответов на вопросы, демонстрирующие чрезмерную акцентуацию на существующем в реальности или только в воображении недостатке.

При этом большинство опрошенных женщин называют недостатки собственной фигуры, которые в большинстве случаев можно легко самостоятельно корректировать. Например, избыточный вес, обвисший живот и грудь, наличие варикозного расширения вен на ногах у взрослых или прыщи и угловатость фигуры в подростковом возрасте. Таким образом, улучшив их питание и изменив двигательную активность, можно избавиться от данной проблемы, сделав акцент на коррекции соматической патологии. У мужчин дисморфофобия проявляется чаще в строении тела и развитости мускулатуры.

Наиболее яркое же выражение подобного расстройства психики наблюдается в период, называемый подростковым возрастом, это происходит под влиянием гормональной системы и большими нагрузками вследствие быстрого роста организма, а затем переживания такого рода, как правило, исчезают [4, С. 14].

Можно выделить следующие психосоциальные факторы развития дисморфофобий у подростков.

1. В обществе существуют стереотипные представления о физически развитом красивом теле, имеющем определенные пропорции и формы. Подростки наиболее подвержены влиянию этих представлений.

2. Существенным фактором формирования неудовлетворенности телом служит влияние родителей. Высокое значение имеют нарушения детско-родительской привязанности и повышенный уровень критичности со стороны родителей.

3. Мысли об уродливости той или иной части тела чаще всего вызывают обидные замечания окружающих, а затем подтверждаются при рассмотрении себя в зеркале.

4. На формирование неудовлетворенности телом оказывают влияние представления о феминности и маскулинности, наблюдаемые в обществе.

5. Особенности самовосприятия и самоотношения, действующие на принятие или непринятие подростком своего внешнего облика, часто сопровождаются достаточно серьезными эмоциональными переживаниями и могут выражаться дисморфофобическими реакциями [7, С. 18].

Рассматривая природу развития дисморфофобий у пациентов андрологического профиля, можно отметить многофакторность причин, приводящих к данной ситуации. Например, дразнение или критика относительно вида гениталий в детстве и пубертатном периоде могло действовать как спусковой крючок для людей, предрасположенных к болезни. Манера воспитания с доминирующей ролью силы, мужественности, и, соответственно внешних ее проявлений (в том числе и генитальных) может играть решающую роль для начала патологической оценки своей внешности. Немаловажную роль при этом играют средства массовой информации. Навязываемые ими псевдоэталон мужественности, сексуальности и подразумеваемая необходимость сексуальной привлекательности приводят к формированию деформированной самооценки у юношей.

Чаще всего дисморфофобия развивается у неуверенных в себе людей, интровертов, перфекционистов, чувствительных к неприятию. У некоторых больных синдром дисморфофобии возникает на фоне невроза или психопатии.

Встречаются случаи, когда неверное функционирование тела продолжает беспокоить человека и во взрослой жизни. Приведем пример.

Девушка 23 лет с аутичным поведением в юности в последние годы стала проводить слишком много времени наедине с собой, вела, практически, отшельнический образ жизни. Подобные действия она объясняла тем, что ее постоянно высмеивают члены семьи, что ей не удастся добиться успеха на работе и в личной жизни из-за некрасивой внешности. Девушка часто

высказывала следующие мысли: «мой нос такой формы, потому что родовая травма у меня», «размер моей головы от бесконечной учебы чрезмерно увеличился», «такого ужасного уродства еще никогда ни у кого не было», «я видом своего носа порчу жизнь всем людям», «глазами травлю всех окружающих». Данные высказывания сопровождалась ажитированной депрессией. В данный период девушка разбила все зеркала в доме; проходя на улице мимо зеркал, старалась закрыть лицо руками, пробежать это место как можно скорее. После очередной истерики больная была привезена родственниками в психиатрическую больницу. После обследования ей был выставлен диагноз дисморфоманическое расстройство при шизофрении. Дисморфомания в этом случае может считаться возможным начальным синдромом шизофрении подросткового и юношеского возраста.

Таким образом, можно выделить следующие критерии клинико-психологической диагностики дисморфофобии и дисформации: непомерная озадаченность мнимым или небольшим недостатком собственного тела в сочетании с ухудшениями в социальной, профессиональной и иных жизненных сферах, отсутствие при этом иных психических расстройств. С психологической точки зрения дисморфофобия представляет собой неадекватное отношение человека к собственной внешности.

Дисморфофобии целиком овладевают больным, становятся главенствующими в его жизни, именно они определяют, регулируют все поведение больного. Они заслоняют все другое – волнения за близких, планы на будущее, прежние увлечения; превращают человека в замкнутого, уклоняющегося от контактов, занятого только самим собой, озлобленного и раздражительного субъекта. Эти состояния могут приводить к утрате работоспособности и социальной дезадаптации. Чаще всего люди бывают недовольны цветом кожи, волос, формой носа и губ, разрезом глаз и весом тела. Симптоматика заболевания может дополняться проблемами во взаимоотношениях как с противоположным полом, так и с друзьями, коллегами, характерно социальное удаление и удаление от семьи (социальная фобия, одиночество и социальная изолированность); ощущение неловкости в обществе, подозрения, что другие замечают «дефект», сравнение своего внешнего вида или отдельных частей тела с выбранным кумиром, навязчивый поиск информации (чтение книг, газетных статей и веб-сайтов, которые имеют отношение к «дефекту»). Исследования по эпидемиологии патологического процесса говорят о том, что данный синдром больше характерен для подросткового и раннего юношеского возраста. Большинство пациентов – молодежь в возрасте от 12-13 и до 20 лет. Причем, среди девочек данная патология распространена больше, чем среди парней.

Лечение практически всех форм дисморфофобии предусматривает применение психотропных препаратов, направленных на уменьшение

симптомов психопатологического характера. При медикаментозном лечении пациентам назначают антидепрессанты. Дистморфофобия может быть частично связана с обменом серотонина, поэтому чаще назначают селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. У людей с дистморфофобией имеется целый спектр проблем. Например, низкая самооценка, влекущая за собой депрессию, которая может быть незаметна как для окружающих, так и для самого пациента. Однако при усугублении ситуации у него могут появиться мысли о самоубийстве. В этом случае используют когнитивно-поведенческую терапию, которая помогает выявлять и изменять неэффективные привычки, связанные с мыслями и убеждениями. Прогноз дистморфофобии обычно положительный. Если пациенту своевременно оказать качественную медицинскую помощь, то ему будет проще справиться с проблемой.

Психотерапия способна не только преодолеть дистморфофобию, она также помогает взглянуть на собственную жизнь под другим, правильным, углом.

### Литература

1. Лысикова Д.С. Дистморфофобические переживания у подростков [Текст] / Д.С. Лысикова // ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». Центр научного сотрудничества «Интерактив плюс». – 12с.
2. Храмцова Н.И., Заякин Ю.Ю., Плаксин С.А., Куркина В.А. Синдром дистморфофобии / дистморфомании: литературный обзор // Пермский медицинский журнал. 2020. – №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sindrom-dismorfofobii-dismorfomanii-literaturnyy-obzor> (Дата обращения: 28.10.2023).
3. Храмцова Н.И., Плаксин С.А., Заякин Ю.Ю., Глушенков А.С., Фадеева М.В., Соцков А.Ю., Пономарев Д.Н. Синдром дистморфофобии: современные диагностические подходы // Пермский медицинский журнал. 2022. – №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sindrom-dismorfofobii-sovremennye-diagnosticheskie-podhody> (Дата обращения: 29.10.2023).
4. Сетянова Е.Б. Взаимосвязь дистморфофобического расстройства с другими психическими расстройствами // Северо-Кавказский психологический вестник. 2019. – №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vzaimosvyaz-dismorfofobicheskogo-rasstroystva-s-drugimi-psihicheskimi-rasstroystvami> (Дата обращения: 29.10.2023).
5. Камнева К.Ю. Дистморфофобия (дистморфия) – симптомы и лечение [Текст] / К.Ю. Камнева // Про болезни. – 2023. URL: <https://probolezny.ru/dismorfofobiya/> (Дата обращения: 29.10.2023).

6. Круглик Е.В., Круглик С.В., Аронов П.В. Дисморфии (дисморфофобии и дисморфомании) в косметологии и эстетической медицине. Пластическая хирургия и эстетическая медицина. 2021; (1): 58-64. URL: <https://www.mediasphera.ru/issues/plasticheskaya-khirurgiya-i-esteticheskaya-meditsina/2021/1/1268673462021011058> (Дата обращения: 29.10.2023).
7. Якимова Л.С., Кравцова Н.А. Психосоциальные и психологические факторы развития дисморфофобий у современных подростков / Л.С. Якимова, Н.А. Кравцова [Текст] // Тихоокеанский государственный медицинский университет. Обзоры. – Владивосток. – 15-19с. URL: <https://www.tmj-vgm.ru/jour/article/viewFile/157/157> (Дата обращения: 29.10.2023).

**Силенок Инна Казимировна**

## **УЛЬТРА-КРАТКОСРОЧНЫЕ МЕТОДЫ РАБОТЫ С ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ В ГЕНЕРАТИВНОМ ПОДХОДЕ**

**Аннотация.** В статье приводится система ультракраткосрочной работы с психологической травмой и психологической проблемой, включающая в себя переработку травматических эпизодов. Система подходит для очной работы, работы в онлайн формате и при высоком профессионализме специалиста в аудиальном формате. Уделяется внимание теме работы с сопротивлением клиента. Также уделяется внимание особенностям работы с беженцами, эвакуированными, членами семей участников СВО, самими участниками СВО, находящимися в отпуске или на реабилитации.

**Ключевые слова:** метод, работа, краткосрочная психотерапия, психологическая травма, генеративный подход.

Работа с психологической травмой в настоящее время – это наиболее востребованное направление работы практического психолога и психолога-консультанта. Клиент обращается за психологической помощью. Он предъявляет травматическую ситуацию и сообщает свои симптомы или заявляет проблему, которая вызвана одной или несколькими травматическими ситуациями, которые он может помнить или не помнить. В любом случае, без переработки травматического опыта снять психологическую проблему не удастся.

Мы применяем при работе с психологической травмой генеративный подход и техники генеративной психотерапии. Генеративная психоте-

рапия – авторское психотерапевтическое направление Петра Силенка. (Монография «Генеративная психотерапия». Краснодар: ИП Калашников, 2011).

Суть генеративного подхода заключается в понимании терапевтом и клиентом смысла проблемы как тестовой ситуации, которая имеет задачу – и тогда можно направить усилия на расширение картины мира, соответственно, выйти из пространства проблемы в пространство решения, получить доступ к ресурсам, найти субъектную роль и позицию, обрести мотивацию к изменениям.

**Генеративная психотерапия** – экзистенциально-эмпирическая практика обучения субъекта опыту принятия жизненных вызовов и тем самым обучения его стратегиям обретения успеха в тестовых ситуациях.

Травматическая ситуация в момент переработки тоже должна стать тестовой для клиента. Это вызов. Преодолеет – выйдет на новый уровень качества жизни, новый уровень личностного развития.

При генеративном подходе в работе с психологической травмой психологу необходимо создать условия для генеративного мышления клиента. Для этого его нужно замотивировать на работу с психологической травмой. Это возможно, когда клиент понимает разницу между состоянием психологического здоровья и счастья и состоянием страдания и несчастья при психологической травме.

Работу необходимо провести краткосрочно, как правило за 1 раз. Второй встречи может не быть. И работу необходимо довести до конца, а не просто достичь некоторого улучшения в самочувствии клиента. Это требует высочайшего профессионализма психолога или психотерапевта.

**Главное условие для краткосрочности** – это осознание клиентом того, что с ним происходит, и принятие клиентом решения по этому поводу – решение на самостоятельные действия по изменению, то есть активная позиция клиента.

**Условия для краткосрочности:**

- субъектность и действия клиента;
- основная идея краткосрочной психотерапии – усиление, либо пробуждение **субъектности** клиента. Если удалось пробудить субъектность – возможна краткосрочность;
- необходимо **вдохновить** и **замотивировать** человека на изменения!

Мы объясняем клиенту, что **психологическое здоровье** – это состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества.

**Психологическая травма** – вред, нанесенный психическому здоровью человека в результате интенсивного воздействия неблагоприятных фак-

торов среды или стрессовых воздействий других людей на его психику. Травма – разрушение всех функций организма, большой стресс.

Травма разрушает возможность быть счастливым.

Важно донести до клиента, что счастье – это необходимое условие жизни. Что счастье возможно, если снять психологическую травму. Работая с представителями разных социальных групп, необходимо ввести понятие счастья как духовной категории, учитывая образованность пострадавших.

Говоря о **счастье как о духовной категории**, мы используем цитаты, например:

«Человек рожден для счастья, как птица для полета» – Короленко.

«Цель нашей жизни – стать счастливыми» – Далай Лама.

Или приводим определения из энциклопедии: «Счастье – это фундаментальная этическая категория человеческого бытия, состояние высочайшего внутреннего удовлетворения человека условиями своего бытия, полнотой и осмысленностью жизни, реализацией своего человеческого назначения. Счастливей считается жизнь, которая состоялась во всей полноте желаний и возможностей», – в зависимости от особенностей личности клиента.

Мы объясняем, что счастьем мешает психологическая травма, которая проявляется в определенной симптоматике. Проводим работу с клиентом по осознанию наличия у него симптомов психотравмы. Работу по осознанию клиентом наличия у него симптомов психологической травмы можно проводить в индивидуальном и групповом формате, называя и детализировано поясняя физические, когнитивные, эмоциональные, поведенческие проявления наличия психологической травмы, особое внимание уделяя экстремальным симптомам и влиянию не переработанной психологической травмы на межличностные отношения и возникновение и обострение психосоматических заболеваний.

Алгоритм индивидуальной и групповой работы по выявлению клиентом у себя симптомов психологической травмы опубликован: <https://psygazeta.ru/rubriki/krizisnaya-psikhologiya-i-psikhoterapiya/2991-psikhologicheskaya-pomoshch-semyam-pobyvavshim-v-usloviyakh-voennykh-dejstvij-chast-2.html>, и <https://psygazeta.ru/rubriki/krizisnaya-psikhologiya-i-psikhoterapiya/3072-psikhologicheskaya-pomoshch-semyam-pobyvavshim-v-usloviyakh-voennykh-dejstvij-chast-3.html> (Дата обращения: 26.10.2023).

Травма – в принципе, необычное явление для психологов.

Поэтому важно понимать, что травма-терапевт – это не просто специалист, который обучился техникам по снятию психологической травмы. Это специалист, обладающий рядом профессиональных компетенций:

- коммуникативная компетентность;
- навык выявления возражений, работы с ними;

- навык выявления и утилизации вторичной выгоды;
- навык системной калибровки;
- навык быстрого формирования у клиента эмоциональной компетентности;
- навык снятия травмы – владение техническим инструментарием;
- владение техниками работы с состоянием;
- владение языком косвенных внушений, метафорическим языком;
- навык выявления склонностей, одаренности, таланта у клиента;
- навык постановки целей и выстраивания стратегий по их достижению.

А для того, чтобы эти навыки мы могли применить, необходимо в первую очередь уметь управлять своим состоянием, постоянно прорабатывать свои собственные проблемы, осуществлять профилактику своего эмоционального выгорания, следить за своим качеством жизни.

То есть, работа с травмой предъявляет высокие требования к личности психотерапевта или психолога консультанта. Травма-терапевта нужно воспитать, чтобы он мог осуществлять деятельность по работе с травмой клиента/пациента **на стыке психотерапии и педагогики**. Работа с травмой – это системный процесс, состоящий из двух компонентов, которые постоянно сменяют друг друга:

- 1) убираем то, что мешает полноценной, качественной жизни;
- 2) обучаем новой стратегии реагирования на обстоятельства, поведения, деятельности, – новому навыку.

Причём на протяжении всей работы с травмой мы постоянно что-то убираем и чему-то обучаем. Убирать мы можем сопротивление, усталость, агрессию, вину, страх, саботаж. Обучать шкалированию эмоций, поиску у себя ресурсных состояний, поиску подходящей метафоры, успешного опыта в прошлом, на который можно опираться, или его моделированию у других людей, и др.

Работа с травмой по своей сути и структуре отличается от работы с проблемой. Важно понимать разницу.

**Психологическая проблема** – это фиксированность на негативных мыслях, образах, переживаниях, неадекватных стратегиях поведения. Показателем наличия психологической проблемы является дезадаптация к требованиям жизненной ситуации человека, что проявляется в неадекватном поведении. Работая с проблемой, мы выявляем травматические ситуации, повлиявшие на возникновение этой проблемы. И в зависимости от интенсивности реакции на травматический эпизод при воспоминании о нем, используем разные генеративные психотерапевтические техники для переработки травматических эпизодов.

Задачи специалиста при работе с психологической травмой.

1. Необходимо диагностировать наличие травмы и реакцию на травматический опыт на сегодня.
2. Необходимо десенсибилизировать травматический опыт.
3. Необходимо трансформировать на глубинном бессознательном уровне структуру травматического переживания.
4. Создать у клиента с ним совместно новые перспективы.
5. Постоянная работа на протяжении всей сессии с сопротивлением клиента.

**Алгоритм работы с психологической травмой в генеративном подходе:**

1. Диагностика;
2. шкалирование;
3. выявление самой страшной картинки ( или нескольких ужасных образов);
4. выявление ретравматизирующего внутреннего диалога, определение в нем проявление разных частей личности (подавленный ребенок, карающий родитель, собственно травма, взрослый);
5. ДПДГ. Применяется авторская версия Инны Силенок, где само выполнение техники дает целую систему информации о травматическом опыте клиента – его травматической истории, начиная с раннего детства и по сегодняшний день.
6. симптоматика идет на усиление, потом падает. И в какой-то момент перестает падать;
7. исследование, что мешает снизить реакцию – выявление причин сопротивления;
8. дополнительная техника или техники для работы с сопротивлением;
9. продолжение ДПДГ, авторская версия;
10. если опять возникло сопротивление, еще одна техника, опять ДПДГ, – авторская версия;
11. встраивание новых полезных генеративных убеждений по авторской системе Инны Силенок, основанной на эриксоновском подходе к расширению, моделированию опыта, внедрении позитивной модели, с использованием Милтон-модели, калибровки, техник генеративного расширения;
12. закрепление новой системы убеждений и нового видения себя и мира на уровне идентичности.

Мы поймем, что травма полностью переработана по лингвистике клиента и его невербальным реакциям при контакте с психотравмирующим триггером, выявленным в процессе работы. Травмирующие картинки просто исчезнут или перестанут воздействовать на клиента. Бывают случаи,

когда он их не может вспомнить в первоначальной версии, так как они сильно поменялись.

Работу с психологической травмой в генеративной психотерапии можно проводить как очно, так и онлайн. Работая в онлайн формате, мы используем те же техники, что и при очной работе, при этом есть некоторая специфика их применения. Частным случаем онлайн-работы с психологической травмой является работа в аудиальном формате, когда нет возможности включить видео. В ежедневной практике работы на горячей линии бесплатной психологической помощи нами разработана и внедрена система генеративных техник для применения их в условиях ограниченной информации о клиенте. Система работы в аудиальном формате используется уже три с половиной года.

***Специфика применения генеративного подхода при работе в аудиальном формате.***

– Ещё больше опоры на лингвистику, чем при работе на очном приеме или в онлайн формате с визуальным доступом к информации.

– Усиление значения визуальной модальности: создание картинок результата с проговариванием их деталей, проработка визуальных субмодальностей картинки результата.

– Якорение телесных проявлений ресурсов и желаемого результата на цвет, форму, звук.

– Постоянная поддержка ресурсного состояния, работа с сопротивлением и мотивация на новое качество жизни.

Работая в онлайн формате с визуальным доступом, мы уделяем внимание пунктам: 2, 3, 4 вышеприведённой спецификации.

Наиболее частым «камнем преткновения» для психотерапевта или практического психолога при работе с психологической травмой является сопротивление клиента при работе с психологической проблемой и при работе с психологической травмой.

***Причинами сопротивления клиента в работе с психологической травмой бывают:***

– страх, что работа будет продолжаться долго и проходить мучительно;

– после долгого проживания с травмой страшно расстаться с ней, – что после этого останется в жизни?

– сильные эмоции от проживания травматического эпизода «жалко» отдавать. Нет более яркого события в жизни;

– от одних мыслей о психотравмирующей ситуации возникает усталость. Как еще «вариться в этом» дополнительно? Хочется забыть, не трогать, не бередить рану;

– стыдно говорить о себе в травматическом состоянии. Не чувствуя себя субъектом, клиент/пациент плохо думает о себе, стесняется представлять в таком виде даже перед специалистом;

– если травма связана с гореванием, потерей близких, то присутствует вина: «как же я перестану страдать и мучиться? Это нечестно по отношению к умершим или погибшим»;

– состояние психотравмы «извиняет» за все, что не делается, не получается. Это как индульгенция за несостоятельность.

В генеративном подходе работы с психологической травмой мы работаем с телесным проявлением сопротивления и с неосознаваемыми убеждениями, вызывающими сопротивление.

Важно понимать, что через 3–6 месяцев не снятая вовремя психологическая травма переходит в посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), перестаёт замечаться, уходит в телесные проявления и привычное поведение, которые не осознаются и не связываются с полученной травмой. Человек начинает бороться с симптомами, а не с их глубинными и теперь уже отдаленными причинами. Чтобы как-то справиться с сильными переживаниями, человек уже нашел способ компенсаций – переедание или «заедание», алкоголь, антидепрессанты, «зависание в планшетах», лежание перед телевизором, и т.д. И теперь фокус внимания родственников на этих, их не устраивающих, суррогатах, а не причинах, вызвавших это поведение. Поэтому выявление травматических эпизодов требует высокого профессионализма и занимает иногда значительную часть работы.

#### ***Методологическая основа генеративного подхода.***

- НЛП (организационные модели).
- Роджерианский подход (конгруэнтность, безоценочность, безусловное принятие, аутентичность).
- Транзактный анализ.
- Юнгианский психоанализ.
- Теория о личной силе и власти Альфреда Адлера.
- Телесно-ориентированная терапия.
- Эриксоновский подход (Милтон-модель).
- Гештальт-терапия.
- Когнитивно-поведенческая терапия.

Методология и практика генеративной работы с психологической травмой нами используется на протяжении 11 лет, начиная с волонтерской психологической помощи пострадавшим от наводнения в Крымске, далее в 2014-2015 годах при работе с беженцами из Донбасса, потом на территории ДНР в 2015-2017 годах. Постоянно в клиентской практике Центра психологии и бизнес консультирования «Логос», далее с 2020 года на горячей линии бесплатной психологической помощи «Мы вместе», в 2021 году на горячей линии бесплатной психологической помощи подросткам и их родителям проекта «Тренер» Народного фронта, на горячей линии бесплатной психологической помощи 88007008460, при очном приеме беженцев, эваку-

ированных на территорию Краснодарского края, членов семей участников СВО, самих участников СВО, находящихся в отпуске или на реабилитации.

Психологическая помощь вышеперечисленным категориям граждан предполагает системную работу, так как, помимо снятия психологической травмы, необходимо помочь адаптироваться людям к новым условиям их жизни. Это требует налаженного межведомственного взаимодействия, развития психологического волонтерства, усиления сотрудничества психологов Фондов «Защитники Отечества», Комитета семей воинов Отечества, психологических служб МЧС, психологов, работающих в рамках грантовых проектов социально-ориентированных НКО, психологов ветеранских организаций друг с другом и с органами исполнительной власти, учебными заведениями, санаторно-курортными учреждениями, социальными службами.

Системная психологическая работа с семьями (беженцы, эвакуированные, семьи военнослужащих) включает в себя следующие этапы работы.

Выявление проблем, возникающих в семьях людей, переживших военные действия.

- Диагностика психоэмоционального состояния ребёнка.
- Диагностика психоэмоционального состояния родителей.
- Определение запроса детей и родителей на психологическую помощь.
- Построение программы работы с детьми и их родителями.
- Применение технического инструментария.
- Диагностика психоэмоционального состояния членов семьи после работы.
- Подготовка рекомендаций по данному ребенку и его родителям для педагогов.

Направления психокоррекционной работы и терапии с детьми и родителями, пережившими военные действия, следующие.

- Работа с детьми направлена на стабилизацию их психоэмоционального состояния, что невозможно, если родители находятся в нестабильном состоянии, поэтому вся работа должна носить системный характер.
- Работа со стрессом, горем, травмой, гневом, и т.д.
- Поиск ресурсов, позволяющих действовать конструктивно в создавшейся ситуации.
- Вовлечение детей в полезную деятельность, наполняющую жизнь смыслом.
- Работа по формированию у ребенка лидерской позиции.

Для вовлечения детей в полезную деятельность и формирования у них лидерской позиции мы используем генеративные психолого-педагогические методики Инны Силенок:

- Сундук добрых дел.
- Школа моей мечты.
- Час поддержки.
- Калейдоскоп интересных идей.
- Переговоры победителей.
- Уборка как праздник, и др.

### Литература

1. Актуализация личностных ресурсов как направление психологического консультирования спортсменов / Е.А. Петрова, Л.В. Сенкевич, Д.А. Джафар-Заде, А.В. Романова // Теория и практика физической культуры. – 2019. – № 6. – 32-34с.
2. Алгоритм индивидуальной и групповой работы по выявлению клиентом у себя симптомов психологической травмы в генеративном подходе: <https://psygazeta.ru/rubriki/krizisnaya-psikhologiya-i-psikhoterapiya/2991-psikhologicheskaya-pomoshch-semyam-pobyvavshim-v-usloviyakh-voennykh-dejstvij-chast-2.html>, и <https://psygazeta.ru/rubriki/krizisnaya-psikhologiya-i-psikhoterapiya/3072-psikhologicheskaya-pomoshch-semyam-pobyvavshim-v-usloviyakh-voennykh-dejstvij-chast-3.html> (Дата обращения: 26.10.2023).
3. Донцов Д.А. Обучение и инклюзия в образовании, а также социальная реабилитация и реадaptация лиц с ограниченными возможностями здоровья путем применения метода микрогрупп / Д.А. Донцов, М.В. Донцова, Л.В. Сенкевич // Человеческий капитал. – 2019. – № 8 (128). – 140-147с.
4. Донцов Д.А. Опыт подготовки педагогов к проведению программы первичной профилактики употребления психоактивных веществ подростками «Ровесник-ровеснику» / Д.А. Донцов, С.Ю. Вепренцова, Л.В. Сенкевич // Человеческий капитал. – 2017. – № 7 (103). – 12-16с.
5. Донцова М.В. Об актуальности дистантной психологической помощи в период заболеваний разными видами гриппа и COVID-19 / М.В. Донцова // Экспериментальная психология в социальных практиках: Материалы 3-й всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Москва, 28 декабря 2022 года. – Москва, 2022. – 127-142с.
6. Психологическое консультирование спортсменов в трудных жизненных ситуациях / Е.А. Поляков, П.А. Кисляков, Л.В. Сенкевич, Л.А. Бычкова // Теория и практика физической культуры. – 2017. – № 4. – 32-34с.

7. Силенок И.К. Волшебные истины. Пособие для родителей. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2010. – 350с.
8. Силенок П.Ф. Генеративная психотерапия. Пособие для психологов-консультантов и психотерапевтов. Монография. – Краснодар: ИП Калашников, 2012. – 71с.
9. Сенкевич Л.В. Исследование паттернов поведения в критических ситуациях как детерминант суицидального риска в юношеском возрасте / Л.В. Сенкевич, Д.А. Донцов, М.В. Донцова // Человеческий капитал. – 2019. – № 6(126). – 135-156с.
10. Сенкевич Л.В. Особенности мотивационной сферы и копинг-стратегий суицидентов зрелого возраста в контексте переживания ими экзистенциального кризиса / Л.В. Сенкевич, А.С. Орешкина // Человеческий капитал. – 2019. – № 8(128). – 185-199с.
11. Сеницына Т.Ю. Искусство маленьких шагов и остановок в период Covid-19 и на постковидном этапе / Т.Ю. Сеницына, Л.В. Сенкевич, М.В. Донцова. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью «Русайнс», 2022. – 462с.
12. Специфика потребностно-мотивационной и эмоционально-чувственной сфер личности подростков-суицидентов / Е.А. Поляков, Л.В. Сенкевич, Д.А. Донцов, М.В. Донцова // Человеческий капитал. – 2020. – № 11(143). – 269-283с.
13. Эмпирическое исследование возрастно-половых особенностей процесса переживания экзистенциального кризиса девиантно (аддиктивно) и нормативно развивающейся личностью. Часть I / Л.В. Сенкевич, Д.А. Донцов, М.В. Донцова, М.А. Шамбазов // Человеческий капитал. – 2023. – № 11-1(179). – 296-312с.
14. Эмпирическое исследование возрастно-половых особенностей процесса переживания экзистенциального кризиса девиантно (аддиктивно) и нормативно развивающейся личностью. Часть II / Л.В. Сенкевич, Д.А. Донцов, М.В. Донцова, М.А. Шамбазов // Человеческий капитал. – 2023. – № 11-2(179). – 216-236с.
15. Эмпирическое исследование возрастно-половых особенностей процесса переживания экзистенциального кризиса девиантно (аддиктивно) и нормативно развивающейся личностью. Часть III / Л.В. Сенкевич, Д.А. Донцов, М.В. Донцова, М.А. Шамбазов // Человеческий капитал. – 2023. – № 12-1(180). – 180-195с.

## ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АВТОРСКОЙ МЕТОДИКИ «ДУША. ОБРЕТЕНИЕ ЧЕРЕЗ ИСТОКИ» В ПСИХОТЕРАПИИ СИСТЕМНОЙ ТРАВМЫ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИСТЕМНОЙ ЦЕЛОСТНОСТИ ЛИЧНОСТИ

**Аннотация.** В настоящей статье предлагается опыт практического применения и анализ проведенного исследования по авторской методике «Душа. Обретение через истоки» для терапии личной и трансгенерационной психотравмы. Методика основывается на интеграции знаний и опыта, современных подходах терапии, работе с бессознательным, принципах проживания утраты, основах психосинтеза, аутогенных тренировок, на теории и практике системных семейных расстановок.

**Ключевые слова:** системная целостность личности, межпоколенческая психотравма, феномен трансгенерационной передачи психотравмы, аутогенные тренировки, безусловное принятие, психическая зрелость.

**Постановка проблемы.** Феномен трансгенерационной травмы в том, что человек, как часть семейной системы, наделен психическим наследством, чувственным опытом, передающимся из поколения в поколение и оказывающим бессознательное влияние [7]. Когда в роду участник перенес психотравму, которая не была психически переработана, не прожита, то такая «незавершенная» травма остается в чувственном опыте рода и создает психическое, эмоциональное, физическое напряжение в последующих поколениях.

Психотерапия с применением данной методики помогает обнаружить, проявить эти связи, переработать чувственный опыт, предотвратить негативное бессознательное влияние в настоящем, сформировать чувство благодарности и принятия как необходимый фундамент восстановления системной целостности личности и инициации процесса психической, ментальной зрелости.

Так расширяется сознание на чувственный опыт рода, который впоследствии можем передать нашим детям. Обретая психическую зрелость, завершив сепарационные процессы, освободившись от влияния личных и трансгенерационных психотравм, человеку открывается свободный выбор выстраивания отношений в собственной семье, с партнером, детьми, дружеских, рабочих отношений, самореализации и полного принятия себя как части мира.

Методика основывается на современных методах и техниках терапии травмы, системной работе с областью бессознательного, теории семейных

систем М. Боуэна [2] о системном воздействии на связи и взаимодействии людей одной семьи во многих поколениях; теории полей Курта Левина [4] о бессознательном напряжении, определяющем поведение человека; основах техник психосинтеза Р. Ассаджиоли [1]; опыта аутогенных тренировок И.Г. Шульца, и др. [6, 10], на достижениях Б. Хеллингера [8, 9], основоположника духовных системных семейных расстановок; инструментах погружения в различные состояния сознания (ключевой буддийской практики Анапанасати, где в качестве опоры используется естественное дыхание, ведущее к глубокому успокоению ума и тела, производится развитие осознанности с дыханием) [11].

**Цель статьи.** Цель данного исследования – изучение эффективности применения авторской методики «Душа» в психотерапии, и ее влияния на изменение качества жизни клиента, его отношения к самому себе, межличностных отношений и внутренних переживаний, – как меняется осознаваемая клиентом симптоматика при проработке ее первопричин.

Исследование применения авторской методики «Душа. Обретение через истоки» проводилось в 2020-2022 гг. с начала применения её в психотерапевтической практике автора.

**Объектом исследования** выступают клиенты с различными половозрастными, социальными характеристиками. Это 100 человек, женщины и мужчины от 20 до 65 лет разных социальных, профессиональных групп, в проблематике которых звучат запросы широкой и расплывчатой симптоматики неудовлетворительного психологического состояния: «мне плохо», «ничего не могу изменить», «замкнутый круг»; более четко обозначенные проблемы несоответствия и противоречия, связанные с семейными динамиками (повторение семейных судеб, сценариев, родовых программ: «это на роду написано, быть несчастным в личной жизни», и т.п.); наличие целевых/социально-ролевых/ценностных/смысловых противоречий сложной структуры, часто отягощенных устойчивым ощущением упадка сил и потерей веры в возможности что-то изменить в жизни; негативное или же, наоборот, положительно идеализированное отношение к прошлому, обесценивание настоящего, страх перед будущим; жалобы на невозможность взрослого человека сепарации от родителей, невозможность построить отношения; явная или предполагаемая клиентом симптоматика детских травм (отвержение, лишение, подавление), сложные объектные отношения (с мамой, папой, братьями, сестрами, бабушкой, дедушкой, и т.д.); отсутствие понимания, как выстраивать отношения с партнером, конфликтные отношения, в том числе из состояний «жертва», «агрессор», «спасатель», и т.п.; запросы, связанные с воспитанием детей и отношениями с ними; желание и невозможность самореализации, выстраивания отношений в коллективе, с начальником/подчиненными и т.п.

*Предметом исследования* являются дисфункциональные паттерны, сценарии отношений, иррациональные убеждения, поведение, передающиеся из поколения в поколение и оказывающие бессознательное влияние. Эти неудовлетворительные отношения и состояния, в том числе, обозначенные выше в запросах, могут быть связаны с внешними проявлениями (конфликтные отношения в семье, в любви, на работе и т. п.), и с внутренними проявлениями (особенности отношения клиента к психотравмирующей ситуации, его мысли, аффективные переживания, чувства и т.п.).

Мы полагаем, что отказ от подобных дисфункциональных комплексов отношений, сценариев, замена их на более конструктивные, позитивные, созидательные, более адаптивные к жизни возможны через восстановление порядка в семейной, родовой системе человека, переработки межпоколенческих травм (феномен трансгенерационной передачи), расширения сознания на область бессознательного, обретения чувства благодарности и принятия как необходимого фундамента восстановления системной целостности личности, инициации процесса психической, ментальной зрелости (сепарации).

*Изложение основного материала исследования.* Методика «Душа. Обретение через истоки» охватывает основные сферы жизни человека, предполагает современное понимание взаимодействия элементов психики, глубинное исследование её внутренних процессов.

В основеданной методологии лежит понимание особенностей и задач групповой и индивидуальной работы с клиентом в психотерапии, учет возрастных особенностей обучения и приобретения нового опыта взрослых, что требует качественной обратной связи, работы с сопротивлением процессу психотерапии и поддержки опытных специалистов – психологов, а так же соотношение целей, задач методики, формирующихся взаимоотношений, эмоциональной вовлеченности в процесс терапии. Исходя из опыта психотерапевтической практики, нам представляется ключевым реализовывать авторскую методику посредством проектирования единой программы с применением дистанционных образовательных технологий для освоения клиентами новой методики «Душа. Обретение через истоки» в удобном формате (далее – программа «Душа»).

Программа «Душа» – авторская методика, представляющая собой современный психотерапевтический инструмент, ориентированный на длительную работу, основанную на принципе безопасности терапевтического пространства. Программа отличается сочетанием и интеграцией наработок и достижений в психотерапии психических травм, групповой терапии, различных подходов и модальностей, отсутствие жестких рамок и ограничений, где клиент самостоятельно регулирует частоту, скорость и интенсивность работы, соблюдая рекомендованный индивидуальный комфортный темп.

Программа «Душа» включает 23 лекции – психокоррекция мировоззрения, 23 аутогенные тренировки – психокоррекция мироощущения, работа с чувствами, бессознательным опытом. Программа рассчитана на 4 месяца работы в дистанционном формате (онлайн чатах) с опытными психологами, кураторами, наставниками. В заявленных временных рамках у каждого участника программы формируется индивидуальный план терапии, и в связи с этим клиент самостоятельно регулирует частоту, скорость и интенсивность работы, получает постоянное подкрепление в процессах внедрения нового опыта, обратную связь, поддержку, разбор проб и ошибок и конкретные рекомендации по адаптации в условиях изменений.

***Основные принципы методики:***

- формирование для клиента рабочего пространства и среды, благоприятных для индивидуальных изменений, создаваемых посредством групповой терапии с постоянным сопровождением профессиональных клинических психологов;

- формирование у клиента способности ощущать, осознавать безопасное пространство в ходе долгосрочной работы с травмами. Получение необходимого ресурса благодаря высвобождению заблокированной психической энергии; доступ к чувственному родовому опыту, скрытому в области бессознательного посредством применения 2-х ресурсных аутогенных тренировок (медитативных практик);

- инициирование у клиента активной сознательной деятельности через взаимодействие с областью бессознательного, приобретаемой в ходе формирования навыка аутогенных тренировок (внутреннее зрительное, слуховое, моторное воспроизведение возникающих ощущений) за счет расслабления, возможности самопознания и обработки информации бессознательного по последовательным этапам проживания утраты, горя;

- интеграция, координация и анализ бессознательного эмоционально-чувственного опыта, полученного путем проживания и безусловного позитивного принятия непереработанных травм в предыдущих поколениях, проблематики межпоколенческой (трансгенерационной) передачи психического травматизма (структурирующих, в том числе патологических элементов психики);

- внедрение и адаптация новых личностных паттернов поведения с негативного аспекта на более позитивный на уровне мировоззрения (изменения мыслительных процессов восприятия) и мироощущения (эмоционально-чувственные изменения за счет проживания и безусловного позитивного принятия эмоционально-чувственного опыта);

- формирование позитивной модели будущего, способствующей определению значимых жизненных выборов клиента, изменению характера объектных отношений.

### ***Основные процессы методики:***

***- развитие у клиента навыка аутогенных тренировок (медитативного навыка) за счет:***

а) затормаживания нейронной сети головного мозга, угнетения бета волн и доминирования альфа-волн (частота колебаний от 8 до 13 Гц – Альфа-ритм) путем выполнения практики глубокого осознанного дыхания (на основе восточных духовных практик);

б) развития межполушарного взаимодействия головного мозга путем выполнения нейропсихологических, физических упражнений;

- анализ запроса клиента, функциональная психодиагностика текущего состояния, в том числе путем диагностической медитативной практики (дает представление о том, какая конкретная системная травма повлияла на целостность личности), анкетирования;

- формирование тактического плана ведения клиента и проработки запроса в зависимости от результатов диагностики и с целью восстановления порядка в семейной (родовой) системе;

- проживание, переработка и безусловное принятие чувственного опыта предыдущих поколений. Основной механизм передачи травм – бессознательная, проективная идентификация клиента с участником родовой семейной системы (предком), который перенес серьезное психотравмирующее событие. Определяющим здесь является не сама травма, а степень ее психической проработанности. С помощью основ техник психосинтеза («Катарсис», Проживите это снова», «Вербализация»), на которых выстраивается алгоритм аутогенной тренировки, высвобождается, становится доступным к восприятию бессознательный материал, выявляются несогласованные компоненты психики человека, рассматриваются под углом позитивного восприятия и безусловного принятия;

- разрешение бессознательных внутриличностных конфликтов клиента, расширение сознательного опыта на область принятого бессознательного опыта предыдущих поколений, раскрытие настоящих потребностей и преобразование разрушительных качеств в созидательные.

Навыку глубокого осознанного дыхания мы уделяем значительное место в процессе психотерапии на программе «Душа». Клиенту рекомендуется выполнять дыхательные практики с начала работы в программе и внедрять их в свою повседневную жизнь. Важно сформировать устойчивый навык наблюдения за своими ощущениями, чувствами и эмоциями и сделать его помогающим инструментом в различных жизненных ситуациях.

Для развития осознанности с дыханием предлагается эффективная восточная практика, известная как «Анапанасати». Она дает возможность максимально погрузиться за счет глубокого дыхания в состояние замедле-

ния, расслабления, наблюдения и спокойствия. Дыхание практикуется как самостоятельные медитации долгого и короткого дыхания и совместно с аутогенными тренировками программы (медитациями с голосом).

Первые отзывы клиентов программы Душа связаны с изменениями, которые дыхательные практики и аутогенные тренировки приносят в их жизнь. Клиенты на своем примере убеждаются, что существует возможность регулировать, контролировать и эффективно управлять эмоциями при помощи дыхания. Тренируя осознанное дыхание, мы можем контролировать эмоции, что помогает совладать с переживаниями счастья и боли в нашей жизни.

Участники программы практикуют работу с медитациями по наполнению психической энергии общего потока коллективного бессознательного, духовного содержания психики, психической энергии своего рода. Так мы формируем ресурсирование клиента в терапии, развитие навыка чувствования себя, инициируем у клиента ощущение безопасного пространства терапии и состояния в целом.

Изменения и развитие личности происходит посредством восстановления порядка в семейной, родовой системе человека, переработки межпоколенческих травм (феномен трансгенерационной передачи). В первую очередь, травмирующие события относятся к детско-родительским отношениям, исключенным членам родовой системы (нерожденные дети родителей), далее диагностируются межпоколенческие (трансгенерационные) травмы (прародители и иные участники системы). Этим обусловлена логика выстраивания плана работы клиента. Обязательными задачами являются – принятие матери, отца, запуск процесса сепарации, ментального взросления.

Психокоррекция происходит за счет применения аутогенных тренировок (медитаций) со встроенными алгоритмами диагностики и непосредственно проработки проблем с точки зрения системного подхода. Диагностический алгоритм позволяет произвести визуализацию, вербализацию психотравмы, психической боли, внутреннего конфликта, симптома; фиксирование событий, с ними связанных; осознание ключевого запускающего события в роду и его участников. Функциональный алгоритм (непосредственно проработка психотравмирующего опыта) позволяет визуализировать причину запускающего травмирующего события, осознать и произвести исцеление проблемы за счет запуска процесса проживания негативных чувств, горя, утраты. Здесь важнейшей ценностью становится доверие процессу проживания – визуализированных и осознанных в медитации негативных бессознательных чувств, проявление их, проживание как боли, обиды, вины, гнева, разочарования, осуждения и т.д. к участнику родовой системы (в первую очередь, к матери и

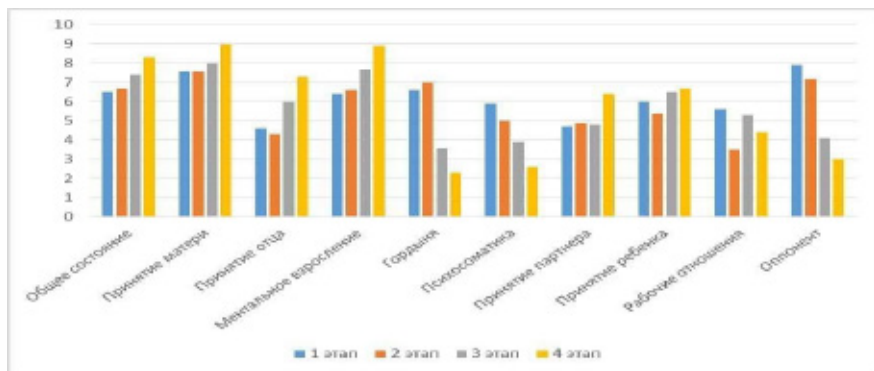
отцу). Вследствие такого проживания наступает облегчение, освобождение от сдерживающего негативного напряжения, снимаются ресурсные ограничения, часто телесные блоки, появляется почва для безусловного позитивного принятия, проживания уже позитивных чувств за счет принятия в свой род участника родовой системы таким, какой он есть, с его любым опытом. Таким образом, формируется возможность осознания собственной силы, целостности, ресурсов, возможность увидеть жизнь без влияния негативного опыта, сформировать новые конструктивные паттерны. Проживание негативного бессознательного опыта становится основным механизмом, способствующим запуску изменений в мышлении, эмоциональном состоянии, осознании чувств, выстраиванию смыслов и ценностей внесения нового опыта, привычек, схем поведения и эмоционально-чувственного реагирования в реальную жизнь. Здесь мы говорим об обучении, научении в состоянии медитации за счет нейропластичности головного мозга [3].

Сбор первичной информации, диагностика запроса проводились с помощью опросника, разработанного с целью анализа изменения психологических и адаптационных характеристик, отношений и процессов клиента. В опроснике были выделены показатели, в которых сгруппированы маркеры различных отношений и психологические динамики, являющиеся предметом исследования.

Клиентам была предложена оценка по показателям: «Общее состояние» (фоновые чувства, эмоциональное состояние, социальная активность, преобладающее настроение, ощущение своей энергичности); «Принятие матери» (отношение к матери в прошлом, настоящем, чувство принятия и детской любви); «Принятие отца» (отношение к отцу в прошлом, настоящем, чувство принятия и детской любви); «Ментальное взросление» (самостоятельность, ответственность за решения, поступки, свою жизнь, психологическая сепарация); «Гордыня» (гордость патологическая по отношению к своим родителям); «Психосоматика» (болевые ощущения, физическая слабость, болезненность и т.п.); «Принятие партнера» (взаимоотношения с текущим партнером, отношение к бывшим партнерам); «Принятие ребенка» (раздражительность, сложности в воспитательном процессе); «Рабочие отношения» (с коллегами, начальством, отношение к задачам, к профессии); «Оппонент», – внутренний «оппонент», сопротивление изменениям, т.н. «самосаботаж» и т.п.

Оценивание происходило с помощью шкалы от 1 до 10, где клиент ориентируется на свои субъективные оценки, внутренние ощущения. Периоды оценивания: в начале программы, промежуточные срезы по итогам второго и третьего месяцев, итоговое оценивание по итогам программы.

Динамика показателей у 100 клиентов после 4 месяцев терапии в программе показана на Рис. 1.



**Рисунок № 1 – Сравнительный анализ показателей клиентов по этапам методики**

### Выводы

За 4 месяца движения работы в программе «Душа» у клиентов меняется собственная оценка показателей за счет переработки межпоколенческих травм, восстановления системной целостности и выполнения следующих задач:

- принятие себя, как части своей семейной (родовой) системы, а именно, обретение своего системного места в ядерной семье, как основу для целостного восприятия себя, любви к себе (через принятие родителей);
- базовое ощущение безопасности, устойчивость в отношениях с внешним миром, ощущение стабильности (через принятие матери и участников рода матери);
- уверенность в себе, принятие решений, достижение целей, самореализация (через принятие отца и участников рода отца);
- восстановление ролевой целостности ядерной семьи (родитель «большой», ребенок «маленький»), через принятие опыта родителей, как их личного, и оставление им этого опыта, укрепление сепарационного процесса;
- освобождение от деструктивного наследственного опыта, изменение негативных программ, поведенческих паттернов, возникших в результате переплетений с родовыми сценариями предков (навязанная родовая судьба и т.п.) – через проживание запускающих травмирующих событий;
- ощущение отсутствия целостности личности, связанные с психотравмами, (привязанности, потери, системной травмой) – через системное восстановление целостности личности (тело, чувства, эмоции, мысли, по-

ведение), что позволяет вновь осознать смысл, радость жизни, свое предназначение, взаимодействие с окружением;

- искажение восприятия собственной жизни и выборов, сложных межличностных отношений ввиду отсутствия ощущения собственной уникальности, «несвободы» – через решение конфликтов на внутреннем уровне для проявления новых позитивных способов поведения во внешнем мире.

### **Заключение**

Проанализированная работа носит индивидуальный характер, каждый работает в своем комфортном темпе, который зависит от степени выраженности негативных состояний и напряжений клиента. Не всегда представляется возможным за выделенный срок в 4 месяца закончить программу, выполнить весь перечень задач. Невозможно прожить все психотравмирующие события – и не следует этого делать, здесь даются строгие рекомендации по перерывам между медитациями. Мы считаем важной целью и составляющей программы – инициирование у клиента активной сознательной деятельности для дальнейшего удержания результатов, полученных за период программы и сохранения мотивации к самостоятельной дальнейшей работе.

Так, получив алгоритм, задачи и смыслы программы за время участия в терапии, у клиента иницируется и формируется навык самостоятельной работы с материалами программы для коррекции своей проблематики и запросов даже по завершению программы.

Результаты проведенного исследования позволяют нам предполагать, что психотерапия системной психотравмы с применением авторской методики «Душа. Обретение через истоки» положительно влияет на улучшение психического состояния пациентов, что отражается в многочисленных отзывах и результатах проведенных опросников: увеличении «положительных» показателей и снижение «отрицательных» на графике.

Тем не менее, стоит учитывать, что такие исследования не всегда могут быть точными из-за невозможности контролировать многие факторы, которые могли бы повлиять на испытуемых. В настоящий момент нами проводится анализ проведенной работы, намечаются основные тенденции для улучшения качественных показателей исследования по описанной методике.

### **Литература**

1. Ассаджиоли Р. Психосинтез. Принципы и техники. – М.: Институт Общегуманитарных исследований, 2016. – 204с.
2. Боуэн М. Теория семейных систем Мюррея Боуэна: Основные понятия, методы и клиническая практика. – М.: Изд-во: Когито-Центр, 2015. – 496с.

3. Живолупов С.А., Самарцев И.Н., Сыроежкин Ф.А. Современная концепция нейропластичности (теоретические аспекты и практическая значимость). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013; 113(10). – 102-108с.
4. Левин К. Теория поля в социальных науках / [Пер. Е. Сурпина]. – СПб.: Речь, 2000. – 313с.
5. Протопопов В.С. Теоретическое обоснование и предпосылки разработки авторской методики «Душа. Обретение через истоки» для применения в работе с психотравмой и восстановления системной целостности личности в психотерапии / В.С. Протопопов, А.С. Васюткина // *Universum: психология и образование*. – 2023. – № 4 (106). – 50-56с.
6. Решетников М.М. Аутогенная тренировка: Практическое пособие / М.М. Решетников. – 2-е изд., пер. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2019. – 238с.
7. Тарабрина Н.В., Майн Н.В. Феномен межпоколенческой передачи травмы (по материалам зарубежной литературы) // *Консультативная психология и психотерапия*, 2013, № 3.
8. Хеллингер Б. Порядки любви. – М.: Институт консультирования и системных решений, 2012. – 360с.
9. Хеллингер Б. Порядки помощи. – М.: Институт консультирования и системных решений, 2013. – 224с.
10. Шульц И.Г. Аутогенная тренировка: Пер. с нем. – М.: Медицина, 1985. – 32с.

**Дещенко Елизавета Владимировна**  
**Семенова Екатерина Романовна**  
**Первичко Елена Ивановна**

## **КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА В РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ПОСТПАНДЕМИЙНЫЙ ПЕРИОД<sup>1</sup>**

**Аннотация.** Ситуация пандемии коронавируса привела к повышению тревоги о здоровье, а невозможность своевременного доступа к медицинской помощи спровоцировала ухудшение психологического состояния среди пациентов, нуждающихся в регулярном медицинском контроле. Учет психологических факторов пациента и опосредующей роли лично-

---

<sup>1</sup> Финансирование. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского научного фонда (РНФ) в рамках научного проекта № 21-18-00624.

сти – важный этап лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Исследование было направлено на изучение связи личностных черт с тревогой о здоровье и другими индикаторами психологического неблагополучия у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

**Ключевые слова:** тревога о здоровье, сердечно-сосудистые заболевания, личностные черты, приверженность лечению, экстраверсия.

**Постановка проблемы.** Сердечно-сосудистые заболевания ежегодно отмечаются в качестве главной причины смертности по всему миру и уносят порядка 17,9 миллионов жизней каждый год [8]. Высокая нагрузка на систему здравоохранения по всему миру, которую оказывают пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями, стимулирует исследования в междисциплинарном поле, в том числе на стыке психологии и медицины. Для успешного лечения и реабилитации при сердечно-сосудистых заболеваниях необходимо понимать, какие аспекты психологического функционирования пациента могут быть потенциальными факторами риска, утяжеляя состояние, или, наоборот, буферными факторами, обладающими защитными качествами. Так, личностная организация представляется важным опосредующим звеном в процессе лечения [3, с. 5], без учета которого построение доверительного контакта с пациентом и успешной стратегии терапии может быть затруднительным. Поэтому привлечение клинического психолога к работе с пациентами кардиологического профиля является важным шагом на пути к повышению эффективности предпринимаемого комплекса лечебных мер. В актуальных условиях постпандемийного периода необходимо уделять особое внимание психологическому состоянию пациентов соматической клиники, поскольку события пандемии оказали травмирующее воздействие на жизнь практически каждого человека, было ли это столкновение с невозможностью получения своевременной медицинской помощи в связи с перегруженностью системы здравоохранения или потеря близких из-за болезни. Такой феномен психической жизни кардиологических пациентов, как, например, тревога о здоровье, исследован мало, однако, он может существенно влиять на приверженность лечению. Повышенный уровень тревоги о здоровье, спровоцированный, например, пандемией коронавируса, может проявляться в особом внимании пациентов к телесным ощущениям, связанным с сердцем, и озабоченностью наличием тяжелой сердечной патологии. Острое переживание тревоги о здоровье несомненно может сказаться на тех решениях, которые принимает пациент по отношению к своему здоровью, а они во многом определяют скорость и успешность процесса лечения и перспективы выздоровления. Возникает необходимость более обстоятельного изучения психологических факторов, детерминирующих поведение в болезни у пациентов с сер-

дечно-сосудистыми заболеваниями. Понимание связи тревоги о здоровье и других индикаторов психологического неблагополучия с особенностями личности может помочь в разработке более эффективных стратегий взаимодействия врача и пациента, а также иметь прогностическое значение для определения степени приверженности лечению.

Психологические факторы играют значительную роль в детерминации поведения в отношении здоровья и болезни. Тревога о здоровье является одним из таких факторов и оказывает влияние как на психологическое благополучие пациента, так и на его отношение к собственному здоровью и приверженность лечению: понимание необходимости следовать рекомендациям лечащего врача, соблюдать схему лечения. Пациенты с кардиологическими заболеваниями, по данным мета-анализов, страдают от высоких уровней тревоги во многом из-за переживаний болей в сердце и недостаточности знаний о природе своего заболевания [10, С. 176]. Страх смерти и инвалидности, сохранение симптомов даже при получении медицинской помощи поддерживают эту тревогу. Многочисленные госпитализации и оперативные вмешательства являются дополнительным источником тревожных переживаний для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Кроме того, для пациентов с высоким уровнем тревоги о здоровье особенно характерно вовлечение в дезадаптивные стратегии совладания с беспокойством о здоровье и подозрением о наличии у себя тяжелого заболевания, что не может не сказываться негативным образом на успешность процесса лечения. При этом как высокие, так и очень низкие уровни тревоги о здоровье могут осложнять лечение (особенно при тяжести диагноза) ввиду противоречивого влияния на приверженность лечению и препятствовать эффективному взаимодействию врача и пациента, поскольку от степени озабоченности пациента своим здоровьем зависит то, как часто он обращается за медицинской помощью и насколько склонен доверять рекомендациям врача. Ограничение доступа пациентов к амбулаторной помощи в период пандемии коронавируса могло привести к утяжелению симптоматики, росту дистресса и тревоги о здоровье, прекращению следования схеме лечения и учащению случаев так называемого самолечения.

*Целью нашего исследования* было изучить связь личностных черт с тревогой о здоровье у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Объектом исследования выступала тревога о здоровье у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Предметом исследования были личностные корреляты тревоги о здоровье у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. На основании уже существующих исследований нами была выдвинута следующая гипотеза исследования: более высокий уровень тревоги о здоровье характерен для пациентов с сердечно-сосуди-

стыми заболеваниями с высоким уровнем эмоциональности (нейротизма по Г. Айзенку), низкой выраженностью экстраверсии и большей выраженностью сознательности.

**Материалы и методы исследования.** В нашем исследовании приняли участие 42 пациента круглосуточного стационара кардиологического отделения МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова, среди которых 32 мужчин (76,2%) и 10 женщин (23,8%). Исследование проводилось с декабря 2022 г. по апрель 2023 г. Возрастной диапазон пациентов – от 27 до 87 лет. Средний возраст –  $62,48 \pm 13,43$  лет. Пациенты имели преимущественно высший уровень образования и проживали в городской среде. Поскольку подавляющее большинство пациентов имели множественную сердечно-сосудистую патологию, разделение их по клиническим группам на данном этапе исследования не представляется возможным.

Для изучения психологических особенностей пациентов нами были использованы следующие методики:

- русскоязычная версия краткого опросника восприятия болезни Е. Бродбент [6; 7];
- шкала воспринимаемого стресса [1; 9];
- краткий опросник тревоги о здоровье [4; 12];
- сокращенный вариант шестифакторного личностного опросника HEXACO-24 [2];
- «Заучивание десяти слов» [5];
- «Пиктограмма» [5].

Для анализа полученных в ходе опроса данных использовалась описательная статистика, дисперсионный анализ, корреляционный анализ.

**Результаты исследования, их анализ и обсуждение.** По результатам нашего исследования пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями преимущественно демонстрировали низкий уровень тревоги о здоровье (средний балл  $15,60 \pm 6,59$ ). Такие показатели могут во многом объяснять относительную непредставленность и скудность исследований тревоги о здоровье у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Однако в том числе именно низкой тревогой о здоровье и недооценкой тяжести заболевания может объясняться низкая степень приверженности лечению, несоблюдение рекомендаций лечащего врача, нарушение схемы приема лекарственных средств среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Пациентам нашей выборки была характерна наибольшая выраженность такой личностной черты, как честность ( $15,0 \pm 2,46$ ), а наименьшая выраженность – эмоциональности ( $13,10 \pm 2,78$ ). При этом проведенный нами корреляционный анализ обнаружил умеренную положительную связь тревоги о здоровье с эмоциональностью ( $r=0,341$ ,  $p=0,052$ ) и умеренную отрицательную связь с экстраверсией ( $r=-0,304$ ,  $p=0,085$ ) (см.

табл. 1). Тогда как честность, доброжелательность и сознательность не демонстрируют каких-либо сильных значимых корреляций с уровнем тревоги о здоровье ( $r=0,084$ ,  $p=0,641$ ;  $r=0,090$ ,  $p=0,619$ ;  $r=0,035$ ,  $p=0,845$ ), – см. Табл. 1.

Таблица № 1

**Корреляция уровня тревоги о здоровье с личностными чертами**

Личностные черты по НЕХАСО-24	r-Спирмена	p-уровень
Честность/скромность	0,084	0,641
<b>Эмоциональность</b>	<b>0,341</b>	<b>0,052</b>
<b>Экстраверсия</b>	<b>-0,304</b>	<b>0,085</b>
Доброжелательность	0,090	0,619
Сознательность	0,035	0,845
Открытость опыту	0,014	0,939

*Примечание. Жирным шрифтом выделены значимые корреляции.*

Особый интерес для анализа возможной связи определенных личностных черт с возникновением тревоги о здоровье представляет собой оценка психологических коррелятов факторов в структуре тревоги о здоровье (см. Табл. 2).

В структуре краткого опросника тревоги о здоровье выделяются два фактора – бдительность к телесным ощущениям и страх негативных последствий заболевания [12, С. 850]. Они отражают характерные для тревоги о здоровье поведенческие и аффективные проявления. Экстраверсия и открытость опыту у пациентов нашей выборки заболеваниями значимо отрицательно связаны с субшкалой краткого опросника тревоги о здоровье «Страх негативных последствий заболевания» ( $r=-0,495$ ,  $p<0,01$ ;  $r=-0,364$ ,  $p<0,05$ ).

Эти результаты во многом согласуются с данными уже проведенных исследований тревоги о здоровье, где неоднократно отмечалась потенциальная роль экстраверсии как протективного, буферного фактора в процессе возникновения тревоги о здоровье [11; 13]. Так, экстраверсия может быть связана с большим психологическим благополучием, поскольку выраженность этой черты личности обеспечивает широту социальной сети, что в итоге приводит к наличию большей социальной поддержки в ситуации стресса, которой в том числе является и ситуация болезни.

Таблица № 2

**Личностные корреляты факторов в структуре краткого опросника  
тревоги о здоровье**

	Бдительность к телесным ощущениям	Страх негативных последст- вий заболевания
	r-Спирмена	r-Спирмена
Честность/скромность	0,126	-0,083
Эмоциональность	0,323	0,170
<b>Экстраверсия</b>	-0,201	-0,495**
Доброжелательность	0,159	0,193
Сознательность	0,139	-0,263
<b>Открытость опыту</b>	0,148	-0,364*

*Примечание. Звёздочки указывают на уровень значимости коэффициентов корреляции: \* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ ; \*\*\* -  $p < 0,001$ .*

Не менее интересными оказались результаты связи тревоги о здоровье с уровнем воспринимаемого стресса (см. Табл. 3).

Тревога о здоровье значимо положительно коррелировала с восприятием ситуации как стрессовой ( $r=0,566$ ,  $p < 0,001$ ). При этом особую роль в этой связи играет, по-видимому, субъективная оценка сложности, напряженности ситуации, поскольку именно с фактором перенапряжения была обнаружена значимая связь тревоги о здоровье ( $r=0,639$ ,  $p < 0,001$ ). Перенапряжение отражает субъективно воспринимаемый уровень напряженности ситуации [1, С. 7]. Восприятие актуальной ситуации существования как более напряженной коррелирует с большей бдительностью к телесным ощущениям ( $r=0,607$ ,  $p < 0,001$ ).

Другой фактор в структуре шкалы воспринимаемого стресса – противодействие – отражает уровень усилий, прилагаемых субъектом для преодоления стрессовой ситуации [1, С. 7]. Низкие оценки собственных усилий были связаны со страхом негативных последствий заболевания в структуре тревоги о здоровье ( $r=0,551$ ,  $p < 0,001$ ). Так, можно предположить, что ощущение меньшего субъективного контроля над ситуацией болезни и своим заболеванием и возможности справиться с ним значимо усиливало страх негативных последствий. Или, наоборот, страх перед возможными осложнениями или ухудшением собственного состояния приводил к более частой оценке своих собственных ресурсов справиться с ситуацией, как недостаточных.

Примечательно, что экстраверсия при этом обнаружила значимые отрицательные связи с уровнем воспринимаемого стресса в целом ( $r=-0,362$ ,  $p<0,05$ ) и субшкалой противодействия в частности ( $r=-0,387$ ,  $p<0,05$ ), тогда как эмоциональность была значимо положительно связана со степенью перенапряжения ( $r=0,360$ ,  $p<0,05$ ), – см. Табл. 4.

Ощущение собственной неспособности справиться со сложившейся ситуацией, отсутствия достаточной социальной поддержки может иметь негативное влияние на процесс лечения и приверженность пациентов лечению, создавая ситуацию, когда пациент не готов брать на себя ответственность за состояние здоровья и полагается, например, на волю случая. Такие предположения требуют последующей дополнительной проверки за счет расширения выборки и обращения к исследованию других психологических факторов и особенностей отношения к здоровью, например, через диагностику локуса контроля здоровья как воспринимаемой степени субъективного контроля над здоровьем у пациентов кардиологического профиля.

**Таблица № 3**

**Корреляционные связи уровня воспринимаемого стресса с тревогой о здоровье**

	Бдительность к телесным ощущениям	Страх негативных последствий заболевания	Тревога о здоровье
	r-Спирмена	r-Спирмена	r-Спирмена
Перенапряжение	0,607***	0,366*	0,639***
Противодействие стрессу	0,178	0,551***	0,296
Воспринимаемый стресс	0,491**	0,493***	0,566***

*Примечание. Звёздочки указывают на уровень значимости коэффициентов корреляции: \* -  $p<0,05$ , \*\* -  $p<0,01$ ; \*\*\* -  $p<0,001$ .*

**Таблица № 4**

**Личностные корреляты уровня воспринимаемого стресса**

	r-Спирмена	p-уровень
Честность/скромность	-0,105	0,536
Эмоциональность	0,298	0,073
<b>Экстраверсия</b>	-0,362*	0,028
Доброжелательность	-0,081	0,633
Сознательность	-0,149	0,380
Открытость опыту	0,124	0,486

*Примечание. Звездочки указывают на уровень значимости коэффициентов корреляции: \* -  $p<0,05$ , \*\* -  $p<0,01$ ; \*\*\* -  $p<0,001$ .*

Не менее важным для полноценного понимания восприятия пациентом ситуации болезни является параметр воспринимаемой угрозы болезни. Он также может быть индикатором психологического неблагополучия пациента, поскольку этот показатель отражает то, насколько опасной кажется пациенту его болезнь. Среднее значение по всей выборке составляет 54,5 балла, что соответствует средней оценке угрозы болезни пациентами с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Воспринимаемая угроза болезни при этом была значимо связана с уровнем воспринимаемого стресса ( $r=0,523$ ,  $p=0,018$ ).

Стоит отметить, что среди личностных черт самую сильную связь с восприятием болезни как угрожающей обнаруживает эмоциональность ( $r=0,626$ ,  $p<0,01$ ), тогда как экстраверсия обладает слабой отрицательной связью с восприятием угрозы болезни ( $r=-0,273$ ,  $p>0,05$ ), что опять же может указывать на протективную роль экстраверсии в ситуации дистресса (см. Табл. 5).

**Таблица № 5**

**Корреляция воспринимаемой угрозы болезни с выраженностью личностных черт**

	г-Спирмена	р-уровень
Эмоциональность	0,626**	0,004
Экстраверсия	-0,273	0,258
Сознательность	0,154	0,529

*Примечание. Звездочки указывают на уровень значимости коэффициентов корреляции: \* -  $p<0,05$ , \*\* -  $p<0,01$ ; \*\*\* -  $p<0,001$ .*

Принимая во внимание ограничения, накладываемые корреляционным анализом, все же можно говорить о необходимости учитывать в процессе лечения сердечно-сосудистых заболеваний эмоционально-личностные особенности пациента, что подчеркивает значимость клинико-психологической диагностики в процессе лечения, в особенности в постпандемийный период. Оценка уровня тревоги о здоровье, восприятия угрозы болезни, уровня стресса, выраженности тех или иных черт личности может носить прогностический характер, помогая понять, к каким копинг-стратегиям может быть склонен пациент и какие сложности могут возникнуть в процессе лечения. Исходя из этого, можно создавать более эффективную стратегию взаимодействия с пациентом. К тому же ряд черт (например, экстраверсия) могут обладать протективным свойством и являться буферными факторами в процессе лечения, определять индивидуальный ресурс совладания. Опираясь на это, врач и пациент могут достигать лучших ре-

зультатов в лечении, что обеспечит более благоприятный прогноз в отношении развития заболевания, послеоперационного восстановления или реабилитации. Поскольку терапия сердечно-сосудистых заболеваний зачастую требует активного участия самого пациента в процессе лечения, в том числе через изменение образа жизни и паттернов поведения в отношении здоровья, понимание и учет психологических факторов приверженности лечению представляет собой особую теоретическую и практическую значимость.

### **Выводы**

1. Для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями нашей выборки преимущественно характерен низкий уровень тревоги о здоровье, средняя субъективная оценка угрозы болезни, средние значения уровня воспринимаемого стресса в ситуации госпитализации и большая выраженность таких личностных черт в рамках шестифакторной модели личности, как честность и сознательность.

2. Были обнаружены корреляционные связи между тревогой о здоровье и такими личностными чертами, как эмоциональность и экстраверсия, между тревогой о здоровье и уровнем воспринимаемого стресса, который, в свою очередь, продемонстрировал корреляционные связи с воспринимаемой угрозой болезни, экстраверсией и эмоциональностью. Восприятие угрозы болезни обнаружило положительную связь с эмоциональностью и отрицательную связь с экстраверсией. Поставленная нами гипотеза подтвердилась частично: уровень тревоги о здоровье выше у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями при большей выраженности эмоциональности и меньшей выраженности экстраверсии, тогда как сознательность не имела значимых корреляционных связей с тревогой о здоровье.

3. Воспринимаемый уровень стресса в ситуации госпитализации значимо связан с тревогой о здоровье и может зависеть от субъективного восприятия пациентом тяжести своего заболевания, напряженности ситуации и собственной возможности справиться с ней, а также уровня доступной социальной поддержки ввиду отрицательной связи уровня воспринимаемого стресса с экстраверсией.

4. Полученные результаты аргументируют необходимость учитывать в процессе лечения индивидуально-личностные особенности пациента и индикаторы его психологического неблагополучия, а также подчеркивают важность клинико-психологической диагностики в постпандемийный период. Низкий уровень тревоги о здоровье и недооценка серьезности диагноза могут осложнять привлечение пациента к активному участию в процессе лечения и, соответственно, препятствовать формированию высокой приверженности лечению.

## Литература

1. Абабков В.А. Валидизация русскоязычной версии опросника «Шкала воспринимаемого стресса-10» / В.А. Абабков, К. Барышникова, О.В. Воронцова-Венгер, И.А. Горбунов, С.В. Капранова, Е.А. Пологаева, К.А. Стуклов // Вестник СПбГУ. – 2016. – №2. – 6-15с.
2. Егорова М.С. Структура российского варианта шестифакторного межличностного опросника НЕХАСО-PI-R / М.С. Егорова, О.В. Паршикова, О.В. Митина // Вопросы психологии. – 2019. – №5. – 33-49с.
3. Зинченко Ю.П. Теории личностных черт и эссенциальная артериальная гипертензия: история и современность / Ю.П. Зинченко, Е.И. Первичко, О.Д. Остроумова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2018. – №10. – 4-11с.
4. Первичко Е.И. Адаптация русскоязычной версии методики «Краткий опросник тревоги о здоровье» («Short health anxiety Inventory», P. Salkovskis) на выборке детей школьного возраста / Е.И. Первичко, И.М. Шишкова // Национальный психологический журнал. – 2020. – № 2(38).
5. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике (Практическое руководство). / С.Я. Рубинштейн. – Москва: Апрель-Пресс, Психотерапия, 2010. – 224с.
6. Ялтонский В.М. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни / В.М. Ялтонский, А.В. Ялтонская, Н.А. Сирота, Д.В. Московченко // Психологические исследования. – 2017. – Т. 10, №51. – 14с.
7. Broadbent, E. The brief illness perception questionnaire / E. Broadbent, K.J. Petrie, J. Main, J. Weinman // Journal of Psychosomatic Research. – 2006. – No.60. – P. 631-637.
8. Cardiovascular Diseases // World Health Organisation. – 2023. - URL: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) (Дата обращения: 03.10.2023).
9. Cohen S. A global measure of perceived stress / S. Cohen, T. Kamarck, R. Mermelstein // Journal of Health and Social Behavior. – 1983. – Vol.24. – P. 385-396.
10. Karami N. Global prevalence of depression, anxiety, and stress in cardiac patients: A systematic review and meta-analysis / Kazeminia M., Karami A., Salimi Y., Ziapour A., Janjani P. // Journal of Affective Disorders. – 2023. – No. 324. – P. 175-189.
11. Nikčević A.V. Modelling the contribution of the Big Five personality traits, health anxiety, and COVID-19 psychological distress to general-

- ised anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic / Marino C., Kolubinski D.C., Leach D., Spada M.M. // Journal of Affective Disorders. – 2021. – No. 279. – P. 578-584.
12. Salkovskis P. M. The health anxiety inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis / P.M. Salkovskis, K.A. Rimes, H.M. Warwick, D.M. Clark // Psychological Medicine. – 2002. – No.32. – P. 843-853.
13. Van Dijk S.D.M. Big Five personality traits and medically unexplained symptoms in later life / Hanssen D., Naarding P., Lucassen P., Comijs H., Oude Voshaar R. // European Psychiatry. -2016. - No. 38. – P. 23-30.

**Петренко Виктор Федорович**  
**Конюховская Юлия Егоровна**  
**Первичко Елена Ивановна**  
**Дорохов Егор Андреевич**  
**Шишкова Ирина Михайловна**

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ДИСТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 <sup>1</sup>**

**Аннотация.** Рассмотрены уровни воспринимаемого стресса, ситуативной тревожности и влияния травматического события у пациентов, заболевших COVID-19, с учетом половозрастных различий и степени тяжести перенесенного заболевания. Оценена связь актуального эмоционального состояния пациентов с их личностной predisпозицией: тревогой о здоровье, личностными чертами, стилями саморегуляции и структурой ценностей; выделены психологические «факторы-протекторы» и «факторы-предикторы» развития эмоциональной дезадаптации в условиях заболевания COVID-19, из числа проанализированных особенностей личности.

**Ключевые слова:** пациенты с COVID-19, стресс, тревога, стили саморегуляции, личностные черты, ценности.

### **Введение**

Пандемия COVID-19 – один из необычных и суровых видов вызовов реальности, с которой столкнулся весь мир, подвергнувший опасности жизнь миллионов людей и кризису практически все государства мира. Сложившаяся ситуация потребовала незамедлительных исследований в разных сферах и областях деятельности человечества. Некоторые исследе-

---

<sup>1</sup> Финансирование. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского научного фонда (РНФ) в рамках научного проекта № 21-18-00624.

дователи сегодня даже говорят об образовании новой сферы социального знания – психологии пандемии [13], в рамках которой актуальны как работы общетеоретического типа, основной целью которых было выявление социальных изменений, детерминированных пандемией COVID–19, так и исследования, направленные на изучение конкретных психологических проблем. Предмет исследования психологии пандемии может пересекаться с предметами таких субдисциплин, как психология катастроф и стихийных бедствий, психология риска, психология выхода из кризиса, клиническая психология, организационная психология, и т.д. Очевидно, что заболевание новой коронавирусной инфекцией может быть и явилось стрессовым событием для многих пациентов. В числе актуальных задач, встающих в этом контексте перед исследователями, должно стать выявление социально-демографических и психологических предикторов эмоционального дистресса пациентов с COVID-19.

**Целью данного исследования** стала оценка значимости психологических предикторов (тревоги о здоровье, личностные черты, стили саморегуляции и структура ценностей) в выраженности психологического дистресса у пациентов с COVID-19 различных социально-демографических групп.

**Материалы и методы исследования.** Методические комплекс исследования составили следующие методики.

1. Социально-демографический опросник, разработанный авторами данного исследования специально для исследования пациентов в условиях пандемии COVID-19 (Первичко Е.И. и др., 2020).
2. Шкала воспринимаемого стресса-10 [1, 11].
3. Шкала ситуативной тревожности Ч.Д. Спилбергера [7, 14].
4. Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС) [6].
5. Опросник «Перечень симптомов-32» (SCL-3<sup>1</sup>) [3, 10].
6. Сокращенная версия российского варианта Шестифакторного личностного опросника (HEXACO-PI-R <sup>2</sup>) [3, 9].
7. Методика исследования самоуправления Ю. Куля и А. Фурмана (SSI <sup>3</sup>) [4, 12].
8. Опросник диагностики ценностных ориентаций Ш. Шварца PVQ-R [8].

---

<sup>1</sup> SCL-32 – от англ. Symptom Checklist – наиболее часто используемая аббревиатура для опросника «Перечень симптомов-32».

<sup>2</sup> HEXACO-PI-R – первые шесть букв представляют англоязычную аббревиатуру шести личностных черт: Honesty, Emotionality, Extraversion, Agreeableness, Conscientiousness, Openness to experience; PI-R – от англ. Personality Inventory-Revised – личностный опросник, пересмотренный. Является общепризнанной аббревиатурой для обозначения Шестифакторного личностного опросника.

<sup>3</sup> SSI – от нем. Selbststeuerungs-Inventar – введенная Ю. Кулем и А. Фурманом аббревиатура для обозначения их авторской методики исследования самоуправления.

В исследовании приняли участие 695 пациентов, перенесших COVID-19 и заполнивших опросники в 2020-2022 гг.

На период исследования 58,5% опрошенных уже переболели COVID-19, 33,72% – имели остаточные проявления болезни, и 7,78% участников исследования еще болели. Среди опрошенных 5,33% респондентов не заметили симптомов и узнали о заболевании по положительному тесту на COVID-19; 43,23%, – переболели COVID-19 как будто болели легкой простудой; 45,97% длительно болели дома; 5,48% были госпитализированы, вплоть до случая реанимации из-за заболевания COVID-19. В Табл. 1 представлено количество пациентов в зависимости от стадии заболевания COVID-19 и тяжести его протекания.

**Таблица № 1**

**Количество пациентов, принявших участие в исследовании, с учётом стадии заболевания COVID-19 и тяжести его протекания**

Тяжесть заболевания	Стадия заболевания		
	Уже переболел (N=406)	Есть остаточные проявления болезни (N=234)	Нет, еще болею (N=55)
1) Не заметил его симптомов, узнал по положительному результату теста (N = 37)	32	4	1
2) Переболел как легкой простудой (N = 300)	214	71	15
3) Длительно болел дома (N = 319)	141	142	36
4) Тяжесть состояния стала причиной госпитализации (N = 38)	19	17	2
5) Тяжесть состояния стала причиной реанимации (N = 1)	0	0	1

**Результаты исследования и их анализ.** На основании социально-демографических характеристик респондентов в данном исследовании была оценена роль и значимость **пола и возраста**. Было обнаружено, что у женщин-пациентов, хотя и в пределах нормы, значимо выше воспринимаемый стресс, ситуативная тревожность, а также такие симптомы психотравм, как вторжение и возбудимость (по сравнению с мужчинами-пациентами), – см. Табл. 2.

Таблица № 2

**Сравнение средних значений по шкалам воспринимаемого стресса, ситуативной тревоги и шкалами оценки влияния травматического события у пациентов в зависимости от пола**

Пол	Воспринимаемый стресс	Ситуативная тревога	Влияние травматического события		
			Вторжение	Избегание	Возбудимость
Женский	28.75499	35.4253	13.22432	14.53767	14.60616
Мужской	25.357	30.88945	11.6036	13.78378	12.92793
Т-критерий Стьюдента	-13.16183	-11.27485	-3.222216	-1.49917	-3.196033
P-уровень	0,000	0,000	0.002	0.136	0.002

Роль **возраста** оказалась не так однозначна: возраст имеет обратную связь с Воспринимаемым стрессом ( $r = -0.12$ ,  $p < 0.05$ ) и прямую – со шкалами методики «Влияние травматического события»: вторжением ( $r = 0.32$ ,  $p < 0.05$ ), избеганием ( $r = 0.14$ ;  $p < 0.05$ ) и возбудимостью ( $r = 0.15$ ,  $p < 0.05$ ). То есть, молодые пациенты воспринимают заболевание COVID-19 как выраженное стрессовое событие, в отличие от пожилых пациентов, несмотря на то, что пожилые пациенты в большей мере имеют симптомы психотравм, согласно данным, полученным с использованием методики ШОВТС (см. Табл. 3).

Таблица № 3

**Сравнение средних значений по шкалам воспринимаемого стресса, ситуативной тревожности и влияния травматического события в зависимости от возрастной группы пациентов, заболевших COVID-19**

Возрастные группы	Воспринимаемый стресс	Ситуативная тревожность	Влияние травматического события		
			Вторжение	Избегание	Возбудимость
18-24 лет	30.03	33.26	10.98	13.62	13.10
25- 29 лет	31.45	38.25	12.14	13.94	14.17
30 – 34 лет	28.34	35.39	11.72	13.00	13.48
35 – 39 лет	31.33	39.83	14.79	16.45	16.15
40 – 44 лет	29.93	37.44	14.26	15.12	15.54
45 – 49 лет	28.87	37.03	14.84	14.09	15.36
50 – 54 лет	27.84	35.54	14.89	15.25	14.79
55 – 80 лет	27.67	32.38	15.36	15.88	14.48

На следующем этапе настоящего исследования было проведено сопоставление результатов по методикам Воспринимаемого стресса, Ситуатив-

ной тревожности и Влияния травматического события со стадией заболевания COVID-19 и степенью тяжести его течения (см. Табл. 4).

**Таблица № 4**

**Средние значения по шкалам Воспринимаемого стресса, Ситуативной тревожности и Влияния травматического события (Вторжение, Избегание, Возбудимость)**

Стадия болезни / степень тяжести	N	Воспринимаемый стресс	Ситуативная тревога	Влияние травматического события		
				Вторжение	Избегание	Возбудимость
<b>Уже переболел</b>	<b>406</b>	<b>28.58</b>	<b>33.02</b>	<b>11.40</b>	<b>13.76</b>	<b>12.84</b>
1 - Не заметил его симптомов, узнал по положительному результату теста	32	26.97	29.81	9.09	12.22	10.31
2 - Переболел как легкой простудой	214	28.05	31.49	10.69	13.46	12.24
3 - Длительно болел дома	141	29.74	35.90	12.70	14.43	14.21
4 - Тяжесть состояния стала причиной госпитализации	19	28.68	34.26	13.74	14.74	13.68
<b>Есть остаточные проявления болезни</b>	<b>234</b>	<b>31.69</b>	<b>39.09</b>	<b>15.27</b>	<b>15.33</b>	<b>16.64</b>
1 - Не заметил его симптомов, узнал по положительному результату теста	4	29.25	35.25	14.50	14.25	16.25
2 - Переболел как легкой простудой	71	31.48	38.55	14.59	15.11	16.51
3 - Длительно болел дома	142	31.86	38.92	15.28	15.15	16.62
4 - Тяжесть состояния стала причиной госпитализации	17	31.76	43.65	18.18	17.94	17.41
<b>Нет, еще болею</b>	<b>54</b>	<b>30.15</b>	<b>42.18</b>	<b>14.71</b>	<b>15.40</b>	<b>15.64</b>
1 - Не заметил его симптомов, узнал по положительному результату теста	1	23.00	52.00	13.00	16.00	12.00
2 - Переболел как легкой простудой	15	30.00	38.13	12.13	12.67	14.00
3 - Длительно болел дома	36	30.28	42.83	15.33	16.31	16.25
4 - Тяжесть состояния стала причиной госпитализации	2	32.50	42.00	18.00	15.50	13.50
5 - Тяжесть состояния стала причиной перевода в отделение реанимации	1	30.00	70.00	26.00	23.00	26.00
<b>Общий итог</b>	<b>694</b>	<b>29.75</b>	<b>35.79</b>	<b>12.97</b>	<b>14.42</b>	<b>14.34</b>

Таким образом, нами было выявлено то обстоятельство, что у пациентов, уже переболевших COVID-19 (N = 406), в среднем имеется низкий уровень ситуативной тревоги (< 35) [7], в то время как у пациентов с остаточными проявлениями этой болезни (N = 234) уровень ситуативной тревоги зависит от степени тяжести перенесенного COVID-19 и находится в промежутке между умеренными (35 – 44) и высокими баллами (45 – 59), – в сравнении с пациентами, госпитализированными в связи с COVID-19. Среди заполнивших опросник в ситуации активного протекания болезни были 55 респондентов, среди них у большинства присутствует умеренный уровень ситуативной тревоги, в то время как наибольший уровень ситуативной тревоги присутствует у двух единичных случаев, – у того, кто только не заметил у себя тревожных симптомов и узнал о них из теста (55 баллов), и у того, кто заполнял опросник, находясь в реанимации (70 баллов), что, скорее всего, отражает два этапа страха перед COVID-19, – при его обнаружении и уже при тяжелом течении.

Похожие результаты были обнаружены и по шкалам методик Воспринимаемого стресса и Влияния травматического события: баллы ниже у переболевших пациентов, чем у болеющих или имеющих остаточные проявления болезни COVID-19.

Была оценена так же и связь Воспринимаемого стресса, Ситуативной тревоги и шкал Влияния травматического события с Перечнем симптомов-32, что показало значимую связь всех шкал друг с другом. Итак, было обнаружено, что в ситуации стресса и высокой тревоги пациенты также могут иметь и в ряде случаев испытывают симптомы соматизации, навязчивостей, депрессии, страхов, а также могут быть гневливыми и подозрительными; могут испытывать межличностные проблемы и проблемы со сном, и даже иметь суицидальные мысли (см. Табл. 5).

**Таблица № 5**

**Связь симптомов психологического дистресса у пациентов с COVID-19 с Воспринимаемым стрессом, Ситуативной тревогой и Влиянием травматического события**

Шкалы Перечня симптомов – 32	Воспринимаемый стресс	Ситуативная тревога	Влияние травматического события		
			Вторжение	Избегание	Возбудимость
Соматизация	0.42	0.48	0.47	0.31	0.53
Навязчивость	0.68	0.6	0.35	0.35	0.58
Межличностные проблемы	0.59	0.52	0.26	0.26	0.41
Депрессия	0.69	0.66	0.38	0.31	0.59
Тревожность	0.76	0.71	0.56	0.47	0.72

<b>Враждебность</b>	0.64	0.57	0.34	0.33	0.52
<b>Страхи</b>	0.51	0.51	0.39	0.33	0.49
<b>Подозрительность</b>	0.55	0.51	0.34	0.29	0.48
<b>Психотизм</b>	0.66	0.61	0.37	0.33	0.51
<b>Проблемы со сном</b>	0.41	0.45	0.45	0.27	0.51
<b>Суицидальные мысли</b>	0.66	0.61	0.42	0.34	0.57
<b>Общий балл</b>	0.8	0.76	0.52	0.43	0.72

*Примечание. Градацией зеленого цвета выделены наиболее значимые положительные коэффициенты корреляции.*

На следующем этапе исследования был проведен корреляционный анализ данных, полученных по методикам оценки актуального эмоционального состояния пациентов: Воспринимаемый стресс, Ситуативная тревожность, Влияние травматического события. Психологической predisпозицией являются: тревога о здоровье, личностные черты, стиль саморегуляции и ценностные ориентации по Ш. Шварцу, – см. Табл. 6.

**Таблица № 6**

**Матрица корреляций Воспринимаемого стресса, Ситуативной тревоги, Шкал Влияния травматического события, — со шкалами тревоги Спилбергера-Ханина, Тревогой о здоровье, Личностными чертами по HEXACO-PI-R, стратегиями Самоуправления Ю. Куля и А. Фурмана, Ценностями Ш. Шварца**

<b>Шкала</b>	<b>Воспринимаемый стресс</b>	<b>Ситуативная тревога</b>	<b>Вторжение</b>	<b>Избегание</b>	<b>Возбудимость</b>
<b>Тревога о здоровье</b>					
<b>Тревога о здоровье</b>	0.45	0.45	0.43	0.20	0.49
<b>Страх негативных последствий болезней</b>	0.52	0.47	0.31	0.15	0.42
<b>Бдительность к телесным ощущениям</b>	0.24	0.24	0.27	0.16	0.35
<b>HEXACO-PI-R</b>					
<b>Честность</b>	-0.16	-0.13			
<b>Эмоциональность</b>	0.43	0.40	0.32	0.19	0.36
<b>Экстраверсия</b>	-0.35	-0.28			-0.16
<b>Доброжелательность</b>	-0.16	-0.16		-0.12	-0.15
<b>Сознательность</b>	-0.21	-0.14			

Открытость опыту					
<b>Самоуправление, Опросник Ю. Куля и А. Фурмана</b>					
Самоопределение	-0.61	-0.58	-0.29	-0.24	-0.40
Самотивация	-0.55	-0.45	-0.25	-0.21	-0.40
Саморелаксация	-0.53	-0.57	-0.28	-0.22	-0.45
Когнитивный самоконтроль	-0.16				
Аффективный самоконтроль	-0.39	-0.37	-0.23	-0.30	-0.28
Инициативность	-0.22	-0.17			
Волевая активность	-0.37	-0.30	-0.12		-0.30
Способность к концентрации	-0.43	-0.37	-0.20	-0.23	-0.34
Ориентация на действие после неудач	-0.63	-0.61	-0.36	-0.29	-0.51
Когруэнтность собственным чувствам	-0.51	-0.49	-0.32	-0.29	-0.43
Интеграция противоречий	0.46	0.38	0.24	0.36	0.40
Преодоление неудач	0.63	0.55	0.30	0.26	0.45
Ориентация на действие в ожидании успеха	0.57	0.50	0.34	0.36	0.41
<b>Ценности, Ш. Шварц</b>					
Самостоятельность - мысли					
Самостоятельность - поступки					
Стимуляция	-0.22				
Гедонизм		-0.16			
Достижение					
Власть - ресурсы					
Власть - доминирование					
Репутация					
Безопасность - общественная	-0.21				
Безопасность - личная			0.20		
Конформизм - правила			0.16		

Конформизм - межличностный	0.21				
Традиция	-0.34	-0.20			-0.23
Скромность					-0.16
Благожелательность - долг					
Благожелательность - забота		-0.18			
Универсализм - забота о других				0.24	
Универсализм - забота о природе					
Универсализм - толерантность					

*Примечание. Градацией зеленого цвета выделены наиболее значимые положительные коэффициенты корреляции, а градацией красного цвета – наиболее значимые отрицательные коэффициенты корреляции.*

Таким образом, по шкалам методики **Тревога о здоровье** было выявлено: чем у пациентов выше тревога о здоровье и страх негативных последствий, тем выше у них Ситуативная тревога и Воспринимаемый стресс. Кроме того, было обнаружено, что шкалы Тревоги о здоровье напрямую связаны со шкалами Возбудимостью и Вторжением. При этом шкала Избегание имеет обратную связь со Страхом негативных последствий болезней и Бдительностью к телесным ощущениям.

Итак, большая тревога о здоровье сочетается с большим уровнем ситуативной тревоги и воспринимаемым стрессом, вторжением и возбудимостью.

Для **личностных черт** по HEXACO-PI-R было выявлено, что чем выше Эмоциональность, тем больше Ситуативная тревога и Воспринимаемый стресс, в то время как другие черты (Честность, Экстраверсия, Доброжелательность, Сознательность) могут выступать как факторы-протекторы, поскольку имеют обратные корреляции с Ситуативной тревогой и Воспринимаемым стрессом. В то время как именно личностная черта Открытость опыту не связана с переживаемым стрессом и ситуативной тревогой. Эмоциональность также связана со всеми тремя шкалами Влияния травматического события: то есть, чем выше Эмоциональность, тем больше Вторжение, Избегание и Возбудимость.

Также значимо отметить, что Экстраверсия имеет обратную связь с Возбудимостью, а Доброжелательность отрицательно связана и с Возбудимостью, и с Избеганием. Таким образом, Экстраверсия и Доброжелательность также могут выступать как факторы протекторы для возникновения негативных последствий при влиянии травматического события.

Для **стилей саморегуляции** (стратегий самоуправления, согласно концепции Ю. Куля и А. Фурмана) была выявлена похожая связь в сравнении с методикой Ш. Шварца (см. далее). Итак, по методике Ю. Куля и А. Фурмана, Самоопределение, Самомотивация и Саморелаксация связаны с более низкими Ситуативной тревогой и Воспринимаемым стрессом.

Аффективный самоконтроль также приводит к снижению стресса и тревоги, в то время как когнитивный самоконтроль связан только со снижением Воспринимаемого стресса, но не ситуативной тревоги.

Инициативность, волевая активность, способность к концентрации, ориентация на действия после неудач и конгруэнтность собственным чувствам связаны со снижением воспринимаемого стресса и ситуативной тревоги.

В то время как шкалы интеграции противоречий, преодоления неудач и ориентации на действия в ситуации успеха связаны положительно с более высокими баллами по воспринимаемому стрессу и ситуативной тревоге, что может расцениваться как повышенная требовательность к себе в ситуации болезни.

Таким образом, не все стратегии саморегуляции могут быть продуктивны для пациентов в ситуации болезни COVID-19, и некоторые из них (такие как интеграция противоречий, преодоление неудач и ориентация на действия в ожидании успеха) могут, наоборот, ухудшать актуальное эмоциональное состояние пациентов и приводить к большим симптомам психологического дистресса.

Анализ **структуры ценностей** по методике Ш. Шварца показал схожие связи, в сравнении с методикой Ю. Куля и А. Фурмана, а именно: ценности весьма по-разному связаны с переживаемым стрессом и ситуативной тревогой. Таким образом, по методике Ш. Шварца, – чем выше воспринимаемый стресс у человека, тем меньше он руководствуется ценностями стимуляции, общественной безопасности и традиционности и тем больше – межличностным конформизмом. В то время как по ситуативной тревоге обнаружено, что ее повышение значимо связано со снижением ценностей гедонизма, традиций и благожелательности-заботы о других.

Итак, ценностные ориентации могут выступать как «факторы-предикторы» повышения тревожности в ситуации переживания болезни COVID-19 в зависимости от того, какая именно ценность фрустрирована. Интересно отметить, что воспринимаемый стресс и ситуативная тревога связаны с различными видами ценностей у пациентов, заболевших COVID-19: часть из них переживает больший стресс в связи с невозможностью большей стимуляции в ситуации самоизоляции, а часть испытывает большую ситуативную тревогу из-за невозможности получения удовольствия в ситуации болезни и уменьшением ценности благожелательности-заботы.

Кроме того, по методике Ш. Шварца обнаружено, что ценности также по-разному связаны с влиянием травматического события. Было выявлено, что симптомы вторжения связаны более выраженными ценностями личной безопасности и правилами конформизма, в то время как возбудимость связана с меньшим уровнем выраженности ценностей традиции и скромности. Интересно отметить, что симптомы избегания связаны с универсализмом-заботой о других, что может расцениваться как следование правилам самоизоляции для снижения рисков заражения для других пациентов.

### **Выводы**

1. В ходе проведенного исследования было обнаружено, что у женщин с COVID-19 и у молодых пациентов значимо выше переживаемый стресс, ситуативная тревожность, а также значения показателей наличия симптоматики «вторжения» и эмоциональной возбудимости (из числа симптомов ПТСР).

2. Пациенты, уже переболевшие COVID-19 на этапе проведения исследования, имеют достоверно более низкий уровень ситуативной тревоги, а также значений по шкалам Воспринимаемого стресса и Влияния травматического события (в сравнении с актуально болеющими пациентами и с пациентами, переболевшими коронавирусом и имеющими остаточные проявления болезни). Уровень ситуативной тревоги пациентов зависит от степени тяжести перенесенного COVID-19.

3. Исследование тревоги о здоровье у пациентов с COVID-19 показало ее прямую связь с ситуативной тревогой, с выраженностью переживаемого стресса, а также с выраженностью симптоматики «вторжения» и возбуждения (из числа симптомов ПТСР). Итак, чем выше тревога о здоровье и страх негативных последствий болезни, тем выше ситуативная тревога и переживаемый стресс, а также выраженность симптоматики «вторжения» и возбуждения. При наличии переживаемого стресса и высокой тревоги пациенты COVID-19 часто испытывают симптомы депрессии и соматизации; страдают от навязчивостей и страхов; могут быть гневливыми и подозрительными; отмечают наличие межличностных проблем и проблем со сном, и даже суицидальных мыслей.

4. Исследование личностных особенностей пациентов с COVID-19 и их возможного predispositional статуса в плане развития эмоционального дистресса показало следующее.

4.1. Такие личностные черты, как экстраверсия и доброжелательность могут рассматриваться в качестве «факторов-протекторов» возникновения негативных последствий при влиянии травматического события.

4.2. Высокая выраженность частоты использования субъектом таких стилей саморегуляции, как интеграция противоречий, преодоление неудач

и ориентация на действия в ожидании успеха, – характерна для пациентов с признаками выраженного психологического дистресса.

4.3. При наличии тревоги и при наличии переживания выраженного стресса пациенты с коронавирусом меньше руководствуются ценностями стимуляции, общественной безопасности и традиционности. Кроме того, пациенты менее руководствуются ценностями гедонизма, соблюдения традиций и заботы о других – при выраженной ценности межличностного конформизма.

4.4. При наличии выраженных ценностей безопасности и конформизма отчетливо представлены симптомы из числа симптомов «вторжения» ПТСР. При этом выраженность симптоматики «избегания» связана с ценностью заботы о других, что, предположительно, может расцениваться как следование правилам самоизоляции для снижения рисков заражения для других пациентов.

5. Анализ полученных результатов позволил выделить и описать ряд «факторов-предикторов» повышения тревожности в ситуации переживания болезни COVID-19, из числа проанализированных особенностей личностей пациентов, и выделить факторы, обладающие протективными качествами в плане развития тревоги и возможной эмоциональной дезадаптации в случаях заражения COVID-19.

### **Заключение**

Нами были рассмотрены степень тяжести заболевания и демографические predispositions психологического дистресса у пациентов, заболевших COVID-19, а также выявлены значимые корреляционные связи между актуальным психологическим дистрессом пациентов и личностной predisposition. На следующей стадии исследования видится перспективным использование методов моделирования структурными уравнениями, чтобы выявить факторы детерминации, а также оценить их взаимосвязь и структуру детерминации.

### **Литература**

1. Абабков В.А., Барышникова К., Воронцова-Венгер О.В., Горбунов И.А., Капанова С.В., Пологаева Е.А., Стуклов К.А. Валидизация русскоязычной версии опросника «Шкала воспринимаемого стресса-10» // Вестник СПбГУ. Серия 16: Психология. Педагогика. 2016. – Т. 16. № 2. – 6-15с.
2. Егорова М.С., Паршикова О.В, Митина О.В. Структура Российского варианта Шестифакторного личностного опросника HEXACO-PI-R // Вопросы психологии. 2019. № 4. – 1-16с.
3. Митина О.В., Горбунова А.И. Использование опросника «Перечень симптомов-32» в целях экспресс-мониторинга состояния психического здоровья // Россия в современном мире: сборн. научн. трудов.

- Институт научной информации по общественным наукам РАН. 2011. – Т. 9. – 228-236с.
4. Митина О.В., Рассказова Е.И. Методика исследования самоуправления Ю. Куля и А. Фурмана: психометрические характеристики русскоязычной версии // Психологический журнал. 2019. – Т.40. № 2. – 111-127с.
  5. Первичко Е.И., Митина О.В., Степанова О.Б., Конюховская Ю.Е., Дорохов Е.А. Восприятие COVID-19 населением России в условиях пандемии 2020 года // Клиническая и специальная психология. 2020. – Т. 9. № 2. – 119-147с.
  6. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – Санкт-Петербург: Питер, 2001.
  7. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. – Ленинград: ЛНИИ-ТЕК, 1976.
  8. Шварц Ш., Бутенко Т.П., Седова Д.С., Липатова А.С. Уточненная теория базовых индивидуальных ценностей: применение в России // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2012. – Т. 9. – № 2. – 43-70с.
  9. Ялтонский В.М., Ялтонская А.В., Сирота Н.А., Московченко Д.В. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни // Психологические исследования. 2017. – Т. 10. – № 51. – 1-10с.
  10. Ashton M.C., Lee K., Son C. Honesty as the sixth factor of personality: Correlations with machiavellianism, primary psychopathy, and social adroitness // European Journal of Personality. 2000. Vol. 14 (4). — P. 359–368.
  11. Baumann N., Kaschel R., Kuhl J. Affect sensitivity and affect regulation in dealing with positive and negative affect // Journal of Research in Personality. 2007. Vol. 41. — P. 239–248.
  12. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress // Journal of Health and Social Behavior. 1983. Vol. 24. — P. 385–396.
  13. Kuhl J., Fuhrmann A. Decomposing self-regulation and self-control: The volitional components inventory // Motivation and self-regulation across the lifespan / Eds. J. Heckhausen, C. Dweck. Cambridge: Cambridge University Press. 1998. — P. 15–49.
  14. Matthewman S., Huppatz K. A sociology of COVID-19 // J. of sociology. 2020. Vol. 56, N 4. — P. 675–683.
  15. Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R., Vagg P.R., Jacobs G. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y1 – Y2). — Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983.

## ВЫТЕСНЕНИЕ ПРИ СЕПАРАЦИИ В ДЕСТРУКТИВНЫХ СЕМЬЯХ: КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ И ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЕ ОСМЫСЛЕНИЕ

**Аннотация.** Для статьи выбраны 15 случаев длительной терапии. Женщины находились в терапии в течение от 1 года до 6 лет. Общим фактором для выборки является травматичный детский опыт. Детство всех женщин протекало в деструктивных семьях. Часть клиенток была в терапии, находясь в реабилитации, где терапия является обязательной частью прохождения реабилитации. Вторая часть обратилась лично. Изначальный запрос всех клиенток включал проблемы в отношениях и желание их решить.

**Ключевые слова:** вытеснение, сопротивление, лабильность границ, эго-слияние, дисфункция, деструктивная семья.

### Введение

Возраст обратившихся за психологической помощью женщин, ставших респондентами настоящего исследования: от 25 до 35 лет.

*Объект исследования* – вопросы сепарации в деструктивных семьях при длительной терапии.

*Предмет исследования* – вытеснение при сепарации в деструктивных семьях.

*Гипотеза исследования:* в длительной терапии основным триггером вытеснения является тревога. Сепарация происходит с феноменом вытеснения как сопротивления для поддержания ценности слияния. При угрозе ценности слияния возникает тревога и срабатывает защитный механизм вытеснения.

Для тестирования уровня тревоги использована госпитальная шкала тревоги и депрессии (HDS). Для статистического анализа – критерий Уилкоксона, критерий Фишера и коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

*Основная цель статьи* – структурировать данные, полученные в клиническом процессе, и предложить сводную количественную таблицу исследуемых феноменов и их психоаналитическое осмысление.

**Изложение основного материала исследования.** Настоящая статья, как отражено выше в аннотации, посвящена вопросам вытеснения. Этот феномен в настоящем исследовании будет раскрыт через следующую структуру: в начале уточним используемую терминологию и методику терапии. Данная методика выбрана, исходя из актуальности при работе с созависимым поведением. Для измерения тревоги и депрессии использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, статистический

анализ проводился при помощи критерия Уилкоксона, критерия Фишера, а также коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Раскроем запросы клиенток и опорные точки в протекании их терапии. Отразим временные, психические, возрастные и иные особенности, которые были прослежены как узловые точки, в которых вытеснение работало особенно активно. Приведем клинические примеры, подтверждающие гипотезу.

В статье будет представлено краткое психоаналитическое осмысление процесса вытеснения в деструктивных семьях и две сводные таблицы данных с приложением.

Все 15 случаев женщин были связаны с травматичным детским опытом, что повлияло на их дальнейшее развитие и на проблемы в отношениях. В некоторых семьях матери крайне опекали своих дочерей, чрезмерно заботясь об их здоровье, создавая культ больного ребенка. В некоторых семьях отцы злоупотребляли алкоголем, в некоторых семьях матери постоянно меняли половых партнеров и всех новых мужчин просили называть папой. Практически во всех семьях было физическое насилие, где один из родителей или оба били дочерей. В одном случае физическое насилие не отмечалось в ходе терапии, однако, на глазах у клиентки в период ее детства отец бил мать и убил домашнее животное. Таким образом, все случаи подходили под определение деструктивных семей.

Исходя из определения, предлагаемого общей психологией, под деструктивной семьей будет пониматься семья, где одна из следующих функций значимо нарушена: репродуктивная, воспитательная, социальная, финансовая, духовно-эмоциональная [3, С. 60].

Вследствие деструктивного детского опыта, взаимодействие «Ид» (Оно), «Я» и «Сверх-Я» приобрели свойства, которые впоследствии были закреплены и стали мешать создавать отношения, приносящие клиенткам удовлетворение.

Исходя из представлений о психической структуре человека, состоящей из «Ид», «Я» и «Сверх-Я», М. М. Решетников описывает глубинную сущность депрессии следующим образом: «Мы знаем, что «Оно» – не структурировано, бесформенно, является сферой инстинктов (большой частью асоциальных), в нем нет причинно-следственных отношений, понятий и пространства, и времени (все «существует» в неопределенном времени) и его деятельность подчинена только одному принципу – удовольствия (и удовлетворения потребностей, «несмотря ни на что»). Оно контактирует с реальностью только через «Я», которое в отношении «Оно» является своеобразной «оболочкой» [9, С. 58-60].

«Основной функцией «Я», которая развивается из «Оно» является тестирование реальности и взаимодействие с другими субъектами. «Я»

социализируется через запрет и последующую сублимацию требования «Оно», делает их приемлемыми для личности и ее «Сверх-Я». «Сверх-Я» развивается частично из «Я», а частично путем интроекции родительских и других социальных запретов, моральных норм и установок. Если «Я» было исходно «сломано» в детстве или даже просто «надломлено», то, во-первых, в нем нет «содержимого», а если оно даже было, это содержимое (содержание «Я») «растеклось» под «оболочкой» «Сверх-Я» и смешалось с содержанием последнего (которое является более «вязким» и более мощным, в любом случае – у нормально социализированной личности – доминирующим)» [5].

В деструктивном виде, как у родителей, так и у клиенток, [7] «Я» разорвано и присутствовало фрагментарно. С другой стороны «Сверх-Я», не принимает и жестоко осуждает все потребности «Оно», диктуемые принципом удовольствия и никак не соотносимые с реальностью (так как они не трансформированы с помощью «Я» даже в сколько-нибудь социально приемлемые формы). Во-вторых, так как «Я» было «сломано» в раннем детстве, то из него не могло развиваться нормальное собственное «Сверх-Я», поэтому единственная «наружная оболочка» представлена почти полностью родительскими запретами (и оценками) и самыми жесткими вариантами моральных норм и социальных установок (то есть «Сверх-Я» вынуждено в определенной степени искусственно и насильственно идентифицировать «Я» и «Оно»). Именно поэтому пациентки испытывали вину за то, что при здоровой психической структуре приемлемо.

В итоге фрагментарное «Я» находится в заложниках между стремлением к удовольствию, диктуемыми «Оно» и не менее жесткими требованиями карающего «Сверх-Я». Такая личность опустошена, и запрос о любви по сути является запросом о своих границах, которые бы позволили расширить личность и привести к новым модальностям «Я». Однако порочный круг состоит в том, что, обращаясь во внешний мир за любовью, «Я» сталкивается с запретами карающего «Сверх – Я», но при этом оно же является тем, что прописывает границы в подобной структуре.

Исходя из вышеописанной структуры, под вытеснением будет пониматься защитный процесс намеренного забывания личной психической реальности, при которой неизменные, хоть и бифункциональные границы «Я» будут поддерживаться. Согласно классической психоаналитической концепции (Фрейд, Кляйн, Абрахам), механизм вытеснения срабатывает при тревоге, которая в свою очередь возникает при возможной потере объекта любви. Но в выбранных мною кейсах объект любви всегда был и выбирался деструктивно – карающим. Но в то же время от такого объекта любви присутствует сильная зависимость, потому как она структурирует личность («Я») через слияние.

Вследствие чего происходит отказ от отрицания травмы. При отрицании травмы возник бы символический регистр, в котором бы возник объект желания и последовал бы «психоаналитический скачок», при котором психика начала бы символическое связывание и перемещение объектов, но если «Я» не согласно потерять маму (Вещь), оно не сможет ее ни вообразить, ни именовать, и продолжается вытеснение [6, С. 52].

«Я его люблю, – говорит больной о родительском объекте, – но еще больше я его ненавижу; поскольку я его люблю, то, чтобы его не потерять, я помещаю его в себя; но поскольку я его ненавижу, этот другой во мне оказывается плохим «Я», то есть я плохой, я ничтожен, и я себя убиваю» [1]. Жалоба на себя, следовательно, оказывается жалобой на другого и умерщвление себя – трагической маскировкой убийства другого. Подобная логика предполагает наличие сурового «Сверх-Я» и всю диалектику сложных отношений идеализации и обесценивания себя и другого, причем вся совокупность этих движений покоится на механизме слияния [6, С. 17].

Под сепарацией в настоящем исследовании подразумевается наращивание границ собственного «Я» и возможность психоаналитического скачка. Терапия предполагает восстановление, создание и взаимодействие с другими субъектами, исходя из новых символических границ, потому как в созависимом варианте подразумевается соединение с объектом любви как с вещью, а не объектом желания, иначе возможны были бы отношения и их развитие. Этот процесс занимает часто длительное время, требует внимательного отношения к себе прежде всего со стороны самих клиенток.

Для наглядности терапию можно условно разделить на следующие периоды. В начале многие клиентки не могли даже идентифицировать свои чувства. Женщины испытывали трудности при попытках оценить свое эмоциональное состояние. Поэтому в самом начале терапия была направлена на изучение того, какие чувства и эмоции бывают, на внимание к своим переживаниям с последующим размещением этих переживаний в чувственно-эмоциональный диапазон.

После этого необходим этап одобрения и принятия всех своих чувств. Этот этап необходим для облегчения тревоги при осознании своих чувств, потому как тревожность из-за нового опыта может стать триггером для защитного механизма вытеснения. На данном этапе имеет место проведение повторного тестирования тревожности и депрессии.

Затем следует изучение взаимосвязей собственных чувств с отношениями и выделении объектов отношений в личное символическое пространство.

В завершение – этап принятия ответственности за свои чувства. Завершающий этап включает большое количество маленьких этапов: навык

проживания своих чувств и переносимость контакта со своей психической реальностью, навык рефлексии, возможность честного и открытого (а не манипулятивного) самоманифестирования перед партнером, принятие решений. По мере функционирования всех предыдущих этапов, наращиваются и здоровые границы «Я». Однако при активной сепарации даже на завершающих этапах активной терапии может быть выражена субклиническая тревога с последующим вытеснением. Возникает мощный поток возбуждения, направленный от пораженной сферы в центральные психические структуры [11, С 17]. В таком случае необходимо опять вернуться на небольшой отрезок времени к этапу одобрения и принятия для восстановления психического баланса.

### Результаты исследования

клиентка (возраст)	сепарация	тревога	тревога	депрессия	депрессия	вытеснение	сепарация	тревога	тревога	депрессия	депрессия	вытеснение
Рэйчел 25	снижена	7	1	1	1	1	активна	8	2	1	1	0
Юля 34	снижена	5	1	2	1	0	активна	10	2	3	1	1
Яна 35	снижена	2	1	2	1	0	активна	9	2	1	1	1
Лена 25	снижена	5	1	6	1	0	активна	10	2	9	2	1
Ирина 33	снижена	2	1	1	1	0	активна	10	2	2	1	1
Ольга 31	снижена	6	1	2	1	0	активна	10	2	3	1	1
Ира 31	снижена	5	1	4	1	0	активна	12	2	5	1	1
Майя 28	снижена	7	1	2	1	0	активна	8	2	4	1	0
Карина 34	снижена	5	1	4	1	0	активна	10	2	5	1	1
Мария 32	снижена	6	1	1	1	0	активна	8	2	2	1	1
Наталья 31	снижена	7	1	2	1	0	активна	9	2	1	1	1
Нателла 35	снижена	5	1	2	1	0	активна	8	2	3	1	0
София 25	снижена	8	2	3	1	1	активна	8	2	4	1	1
Маша 25	снижена	10	2	5	1	1	активна	14	2	3	1	1
							1 активно					1 активно
							0 снижено					0 снижено

Таблица № 1

## Динамика тревоги, депрессии и вытеснения в ходе терапии

Шкалы методик	Сепарация снижена (n=14)	На момент сепарации (n=14)	p-уровень	Метод статистической обработки
<b>Тревога</b> (HADS, M±SD)	5,7±2,1	9,6±1,7	<b>0,0015</b>	критерий Уилкоксона
Отсутствует	12 (86%)	0		
субклинически выраженная	2 (14%)	14 (100%)		
<b>Депрессия</b> (HADS, M±SD)	2,6±1,5	3,3±2,1	0,11	критерий Уилкоксона
Отсутствует	14 (100%)	13 (93%)		
субклинически выраженная	0	1 (7%)		
<b>Вытеснение активно</b>	3 (21%)	11 (79%)	0,0035	критерий Фишера

Примечание. \* M±SD – среднее ± стандартное отклонение.

На момент первого исследования HADS у подавляющего большинства клиентов и тревога, и депрессия отсутствовали. На момент сепарации тревога была статистически значимо выше по сравнению с исходным уровнем ( $p = 0,0015$ , критерий Уилкоксона), у всех 14 клиентов она достигала уровня субклинически выраженной тревоги. Депрессия на момент начала работы у всех клиентов отсутствовала. На момент сепарации у 1 из клиентов депрессия была субклинически выраженной, а у подавляющего большинства отсутствовала. Тенденция к повышению выраженности депрессивной симптоматики на момент сепарации (по сравнению с исходным уровнем) не достигала уровня статистической значимости ( $p = 0,11$ , критерий Уилкоксона).

Таблица № 2

## Связь между тревогой и депрессией по HADS и наличием вытеснения (коэффициент ранговой корреляции Спирмена - R)

	Наличие вытеснения на момент начала терапии	Наличие вытеснения на момент сепарации
Тревога на момент начала терапии	<b>R = 0,68</b> ( <b>p = 0,007</b> )	<b>R = 0,61</b> ( <b>p = 0,002</b> )
Депрессия на момент начала терапии	0,11 (p = 0,71)	0,11 (p = 0,71)

Как на момент начала терапии, так и на момент сепарации была обнаружена статистически значимая корреляционная связь между вытеснением и выраженностью тревоги по HADS. При этом связь между наличием вытеснения и выраженностью депрессии как на момент начала терапии, так и на момент сепарации отсутствовала.

Приведем пример клиентки Иры, 31 год. В период начала терапии, на разъяснительной стадии работы с чувствами, когда выздоровление прохо-

дило на некотором плато (не было критически травмирующих событий, чувства перестали пугать и вытесняться, особых изменений в жизни не предполагалось, показатель тревоги – 5, показатель депрессии – 4). Однако в период терапии, условно соответствующий начальным этапам завершения, когда клиентка решила поступить на учебу и расстаться со своим сожителем, резко актуализировалось вытеснение. Выражалось вытеснение в следующем: клиентка перестала приписывать себе желание учиться, заняла позицию жертвы, сосредоточилась на том, что она плохо себя чувствует, но не символизировала тревогу, что могло говорить о вытеснении при том, что госпитальная шкала показала высокий субклинический уровень тревоги – 12 и значительно выросший уровень депрессии – 6.

Приведем клинический случай Юлии, в котором раздел жилой площади, прочего имущества и активная психологическая сепарация пришлось на 6-й год еженедельной терапии. В этот период показатель тревоги вырос в два раза и несущественно вырос показатель депрессии. Клиентка вновь обратилась к концепциям, которые были актуальны в первый год ее выздоровления. Данный период был недолгим, и вытеснение наработанного опыта отмечалось только в течение месяца. Но этот случай наглядно отражает связь сепарационной тревоги и вытеснения на различных этапах длительной терапии.

Автором предлагается расширение изучаемых данных в сфере краткосрочной терапии травмирующего опыта как в детском, так и во взрослом возрасте.

### Литература

1. Freud S. Mourning and Melancholia. In: J. Strachey, Ed., The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud (Vol. 14), Hogarth Press, London, 1953.
2. Scarry E. The body in Pain: The making and Unmaking of the World. New York: Oxford University Press, 1985.
3. Гиппенрейтер Ю.Б. Введение в общую психологию: курс лекций. – М.: АСТ, Астрель, 2008.
4. Госпитальная шкала тревоги и депрессии URL: <https://onlinetestpad.com/ru/testview/58880-gospitalnaya-shkala-trevogi-i-depressii> (Дата обращения 08.10.2023).
5. Емельянова Е.В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования. – СПб.: Речь, 2019.
6. Кристева Ю. Черное солнце: депрессия и меланхолия / Юлия Кристева; [пер. с фр. Д.Ю. Кралечкина]. – М.: Когито-Центр, 2010.
7. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. – Москва: ПЕР СЭ, 2011.

8. Москаленко В.Д. Когда любви слишком много. Профилактика любовной зависимости. – М.: Психотерапия, 2006.
9. Решетников М. М. Психодинамика и психотерапия депрессий. – СПб., 2003.
10. Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия. – М.: Прогресс, 1992.
11. Фрейд З. Я и Оно. – М.: АСТ, 2019.

### СЕКЦИЯ 3.

#### Методы и технологии психосоматической терапии травмы, посттравматических и стрессовых расстройств

*Руководитель секции: Ковпак Дмитрий Викторович, врач-психотерапевт, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова, ректор Международного института развития когнитивно-поведенческой терапии.*

Сенкевич Людмила Викторовна  
Тригубец Владимир Петрович

#### ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ВЫВЕДЕНИЯ БОЙЦОВ ИЗ СОСТОЯНИЯ ОСТРОЙ СТРЕССОВОЙ РЕАКЦИИ

**Аннотация.** В статье рассмотрен реальный боевой опыт по выведению из состояния острого стрессового расстройства (боевой психотравмы) бойцов спецподразделений, а также предложена доступная методика минимизации риска возникновения описываемых реакций. Проанализирован, в частности, негативный сценарий развития событий по параметру наличия ранее психотравмирующего опыта, – так называемый эффект «последней капли», когда деструктивный эффект события суммируется с предыдущим. Как правило, в таком случае человек становится, как идеальный вариант, клиентом психолога или психотерапевта, а в большинстве случаев – потенциальным, но не обратившимся клиентом, так как культура обращения за психологической помощью в среде сотрудников силовых структур, военнослужащих еще не внедрена на должном уровне.

**Ключевые слова:** стресс, СВО, острая стрессовая реакция, боевая обстановка, боевой стресс, горевание, страх, ступор, саморегуляция, психологическая помощь, психологическая самопомощь, экстренная психологическая помощь.

**Постановка проблемы.** Впервые исследователи задумались об особом психологическом состоянии воина в момент выполнения реальной боевой задачи и по её завершении ещё в период Первой мировой войны. Некоторые несистематизируемые факты фиксировались и ранее, но не в трудах специалистов-психологов (в силу того, что отдельной науки «Психология» покамест практически не существовало). Так, например, Л.Н. Толстой в «Севастопольских рассказах» упоминает некий феномен, связанный с восприятием непосредственными участниками боевых действий данной

ситуации – с учетом того, что события относятся к 1856 году, рассмотрено мировосприятие событий людьми с невысоким образовательным цензом: «...странность, которую всякий может заметить: солдат, раненый в деле, всегда считает его проигранным и ужасно кровопролитным» [5].

В 1871 году американский врач Джекоб Мендос Да Коста (J.M. Da Costa) описал нарушения дыхания, «солдатское сердце» и психические расстройства у ветеранов Гражданской войны в США. Фактически с этого времени начинается серия исследований невропатологов и психиатров, где в центре внимания не просто эмоциональные потрясения после пережитых аварий и катастроф. На рубеже 19-20 веков прозвучали термины «травматический невроз» (Moeli K., 1881, Германия), «невроз пожара» (Kraepelin E., 1916, Германия). И все же по итогам Первой мировой войны, а затем и Второй мировой войны, в отдельную группу, требующую специальных знаний, разработки отдельных методик помощи выделяют «снарядный шок» (А. Майерс, 1920, Франция), «хронический военный невроз» (Kardiner A., 1941, США), «боевое утомление» у комбатантов (Bartemeor L., 1946). В монографии «Человек в условиях стресса» Р. Гринкер и Дж. Шпигель (Grinker R., Spiegel J., 1945) перечислили симптомы «острой боевой реакции» у американских солдат и «военного невроза» у военнопленных, психосоматические последствия боевой психической травмы, а также факторы наследственной предрасположенности к психическим расстройствам [3].

Несмотря на то, что с 1946 г по настоящее время наработан существенный пласт как зарубежных, так и отечественных работ, посвященных проблеме острых нервно-психологических проблем, возникающих у военнослужащих непосредственно в зоне боевых действий, Специальная военная операция и другие вооруженные конфликты современности поставили новые проблемы перед специалистами медико-психологических служб, работающими непосредственно на линии соприкосновения.

**Цель статьи.** В данной статье мы постарались осмыслить и вынести на обсуждение в профессиональном сообществе некоторые аспекты экстренной психологической помощи в боевой обстановке с учетом условий современного боя и других факторов реальности.

**Изложение основного материала исследования.** Опыт наблюдения за товарищами в реальной боевой обстановке заставляет на основании классических наставлений медиков и психологов выстраивать алгоритмы помощи в режиме «здесь и сейчас», с учетом личностных факторов и реальной обстановки [2].

Следует понимать, что на возникновение стрессовых реакций как острых, так и отсроченных, влияет совокупность объективных и субъективных факторов, отразившихся на онтогенезе конкретного человека [1].

Принято отталкиваться от показателей имеющегося травматичного опыта, и этот параметр не всегда однозначно воздействует на последующие состояния личности. Человек, переживший психотравматичный опыт, может его переосмыслить с известной долей рассудочности, извлечь для себя позитивные стороны, в том числе отследив свои способы реагирования, сравнив с другими образцами и социальными ожиданиями – в таком рационалистическом подходе изменяется уровень психологической устойчивости к травме. В таком случае мы будем говорить не об «очерствении», а о готовности к осознанному принятию неизбежного. С учетом заявленного узкопрофессионального аспекта рассмотрения проблемы боевой психической травмы и связанной с ней острой стрессовой реакции можно сделать вывод о том, что человек постепенно научается воспринимать психотравмирующие факты (вид разрушений, тел погибших, ранения товарищей и их гибель) как неизбежную, пусть и не привлекательную, но составляющую профессиональной деятельности. В том случае, если остальные компоненты данной профессиональной деятельности (самореализация, взаимоотношения в коллективе, понимание значимости работы, заработная плата и т.д.) приносят индивиду удовлетворение – риск возникновения негативных психических реакций минимизирован. Как правило, данный тип реагирования на психотравмирующие ситуации характерен высокопрофессиональным, мотивированным кадровым сотрудникам спецподразделений [1]. Опыт специальной военной операции (СВО) показывает, что достаточно подготовленные и мотивированные бойцы, в том числе добровольцы, констатируют, что в бою «страх уходит, оставляя место азарту, когда начинается работа по противнику».

Негативный сценарий развития событий по данному параметру наличия ранее психотравмирующего опыта – это так называемый эффект «последней капли», когда деструктивный эффект события суммируется с предыдущим. Как правило, в таком случае человек становится – как идеальный вариант – клиентом психолога или психотерапевта, а в большинстве случаев – потенциальным, но не обратившимся клиентом, так как культура обращения за психологической помощью, к сожалению, в среде сотрудников силовых структур, военнослужащих еще не внедрена на должном уровне. Причем следует отметить, что именно мотивированные к дальнейшей службе сотрудники могут избегать посещения психолога, искреннего предъявления жалоб по причине опасения разрушить свою карьеру.

Промежуточный вариант – так называемый эффект «второго прыжка» (общеизвестен факт, что именно второй прыжок наиболее страшен для парашютиста, т.к. уже имеется некий личный опыт и практическое осознание теории). Страшит, травмирует даже не сам факт следующего получения психотравмирующего опыта, а ожидание его. Именно этот человек

нуждается в надежной и грамотной поддержке психолога, боевых товарищей, командира.

Таким образом, наличие первичного травматического опыта при должной мотивированности индивида играет скорее положительную роль. При этом важны и такие общепринятые критерии, как возраст, физическое и психическое здоровье человека, наличие приверженности к употреблению психоактивных веществ, ценностная система самого человека.

Однозначно можно говорить в негативном ключе только о наличии в анамнезе злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами, разрушающее воздействие которых на личность исследовано многими специалистами, и нет смысла сосредотачиваться на нем в рамках данной статьи.

Опыт СВО подсказывает необходимость трансляции наработок спецподразделений в области экстренной психологической помощи и психологической подготовки. С появлением в СВО добровольцев в зоне активных боевых действий оказались не только сотрудники спецподразделений, обладающих всеми дающими психологическую устойчивость параметрами, указанными выше (ценностно-мотивационный компонент, способность анализировать ситуацию и себя в ней, контролируемое официально физическое и психическое здоровье), но и люди, не всегда отчетливо представляющие себе реалии повседневной жизни воина, включая бытовые проблемы, психотравмирующие факты на уровне восприятия зрительного (тела, разрушения), слухового (крики умирающих, плач и другие эмоции жертв среди мирных жителей), обонятельного (запах гари, разлагающихся тел, т.н. «запах смерти»), осязательного (холод, ощущение невымытого тела, неудовлетворенность питанием) [4].

Нами предложен ряд методик, в том числе заимствованных из социально-педагогических практик – аналог «коммунарской свечки», когда в период отдыха каждый в нескольких кратких фразах выражает свои основные чувства и эмоции.

По разрешении критической ситуации командир должен организовать разбор действий сотрудников, привлекая к этому всех членов подразделения. При проведении данного разбора целесообразно, кроме рассмотрения тактической правильности действий сотрудников, дать каждому высказаться по следующим смысловым пунктам:

- наблюдения («Я увидел..., услышал...»);
- мысли («Я подумал..., вспомнил...»);
- чувства («Я почувствовал..., ощутил...»);
- действия («Я пошел..., приготовился к...»).

Это не анализ проведенной боевой операции, это именно доверительный разговор о том, что в данной ситуации принесло подкрепляющие

эмоции от профессионального выполнения тех или иных тактических приемов, успешности операции в целом, роста мастерства товарищей. И, безусловно, о настораживающих моментах, которые на фоне общей картины нивелировались, но не ускользнули от внимательного взгляда друга. От модератора такого «круга доверительного обсуждения» требуется такт и способность принятия ситуации – в данном случае речь именно о методике психологической поддержки: проговаривании, о само- и взаимопомощи в осознании произошедшего, а не в обличении ошибок. Такое коллективное осознанное проживание ситуации заново, в камеральных условиях, позволяет избежать явления застревания, незакрытых гештальтов.

Практика реальной жизни и деятельности на линии боевого соприкосновения показывает, что острая стрессовая реакция в ходе боевых действий – максимально нежелательное явление, по определению снижающее эффективность работы подразделения, в том числе ставящее под угрозу факт выживания бойца и его сослуживцев. Данное диссоциативное состояние (непроизвольный уход от реальности, потеря сознательного контроля над основными каналами восприятия реальности и самого себя) часто появляется из-за сочетания многих стресс-факторов, таких как непосредственная опасность для жизни, сильное физическое напряжение и сильные сенсорные впечатления. Это может привести к чрезмерной активации мозга. После чего мозг может отключиться, фактически по принципу срабатывания предохранителей в электросети. И в таком варианте развития событий мы уже говорим не только о проблеме конкретного пострадавшего бойца, но и о возрастающем риске для его товарищей. Не будучи физически пострадавшим, такой человек все равно нуждается в физической помощи: его необходимо транспортировать, сопровождать, то есть уделять силы и внимание в ситуации, когда идет боестолкновение, а рядом могут находиться физически раненные товарищи, нуждающиеся объективно в помощи и транспортировке.

В реальной практике чаще всего наблюдается три вида реакции.

СТУПОР, понимаемый как отсутствие критической психической функции и уровня сознания, при котором пораженный человек почти полностью не реагирует и реагирует только на интенсивные раздражители, такие как боль. Такой боец полностью не способен выполнять далее задачу, неподвижен, смотрит на то, что максимально его травмировало, например, на разорванное взрывом тело товарища, не отвечает на внешние раздражители. Явление встречается часто, в обычной практике воздействовали ударом (пощечина, резкий пинок), что неоднократно мы читаем в воспоминаниях о войне, других чрезвычайных ситуациях (ЧС).

ДЕЗОРИЕНТАЦИЯ как психоневрологическое расстройство, которое характеризуется неспособностью ориентироваться в пространстве, нару-

шением узнавания привычной местности. Такое явление достаточно хорошо проиллюстрировано мастерами кинематографа: это хаотично перемещающийся человек, бормочущий фразы: «Где я? Что со мной?».

**ВЗВОЛНОВАННОСТЬ**, как ни странно, наиболее опасное и разрушающее состояние. Если ступор является механизмом самоотключения, как срабатывание предохранителей в электросети при избыточном напряжении, то взволнованность оставляет сознание не просто открытым к данному состоянию, но и подчиняет себе его работу. Фактически это постоянное поддержание себя в стрессовом состоянии. Одна доминантная мысль засела, как заноза, в уме и не дает возможности переключиться на что-то другое. Она, как надоевшая мелодия, будоражит ум, а он, бедный, не знает, как от нее избавиться.

Нужно понимать, ситуации могут быть стрессовыми, не каждый может справиться с ней. Правильный способ выведения бойца из стрессовой реакции, как альтернатива пощечине, предложен рядом зарубежных специалистов, а затем адаптирован отечественными военными психологами. Данная методика успешно применяется на уровне медика тактической группы, не требует дополнительного обучения и сертификации. Более того, максимально эффективна методика именно тогда, когда участники диалога давно знакомы, служат вместе.

Дс-СТАРТ – упражнение, состоящее из 6 простых шагов, которые можно выполнить за 60 секунд, чтобы вывести бойца из состояния ступора или дезориентации.

«Дс» означает регистрацию того, что мы имеем дело с боевой психической травмой и последующей острой стрессовой реакцией.

Шаг 1. «С» - связь – «Создание контакта через чувства».

Шаг 2. «Т» - тактильность – «Общение, чтобы боец не чувствовал себя одиноким и изолированным».

Шаг 3. «А» - активация – «Уточнение фактов, чтобы активировать мыслительную деятельность бойца».

Шаг 4. «Р» - рефлексия – «Восстановить временную шкалу» или рассказать о том, что произошло, что происходит и что должно произойти.

Шаг 5. «Т» - тандем – «Вернуться в бой».

Данное упражнение – метод экстренной помощи, для минимизации наступления которой полезно вооружить личный состав следующими рекомендациями общего характера, помогающими экстренно актуализировать внутренние ресурсы:

- если Вы потеряли на какое-то время чувствительность к внешним воздействиям или не можете справиться с эмоциями страха или паники, сделайте себе больно и сосредоточьтесь на ощущении боли, сделайте

несколько коротких вдохов и резких выдохов и сосредоточьтесь на дыхании;

- если Вами овладела растерянность, постарайтесь почувствовать положение своего тела в пространстве, сосредоточьтесь на дыхании, на ощущениях, которые приходят от позиции тела, температуры воздуха, давления окружающих предметов;

если Вы не можете собраться с мыслями, позовите себя по имени, попробуйте решить несколько простейших математических задач.

Данную памятку мы прорабатываем на тренингах в минуты отдыха, в относительно безопасных условиях.

Противодействию взволнованности служат упражнения, которые можно выполнять как самостоятельно, так и в режиме групповой терапии. Они не требуют специально подготовленного пространства и аксессуаров.

**Выдыхание боли.** Исходное положение – стоя, сидя, лежа. Расслабьтесь, установите спокойное и ровное дыхание. Сделав вдох и задержав дыхание, сосредоточьте внимание на болевом участке. При этом как можно ярче представьте, что во время вдоха в груди образуется облачко живительных сил, а во время задержки дыхания оно направляется к болевому участку и подавляет болевое ощущение. С каждым выдохом боль по частям покидает тело. Прием повторите несколько раз.

**Субмодальности боли.** Постарайтесь ярко и отчетливо представить образ боли. Например, в виде стального штыря, вонзенного в тело. Затем медленно, поэтапно трансформируйте в воображении этот стальной штырь в пластмассовый, деревянный, картонный, бумажный, воздушный. Вы почувствуете значительное облегчение. На втором этапе попытайтесь представить температуру боли и изменить ее из жгуче-неприятной в расслабляюще-приятную (например, из горячей в прохладную). На третьем этапе манипулируйте цветом боли. Это наиболее важный момент упражнения. Постарайтесь изменить исходно неприятный цвет болевого ощущения в приятный, и боль значительно уменьшится. Если вы решите усилить обезболивающий эффект, то аналогичным образом поработайте и со вкусом боли.

**«Экспресс-метод» снятия мышечного напряжения.** Если Вам необходимо быстро сбросить напряжение, поступите следующим образом: поставьте ноги на ширине плеч, согните руки в локтях, сожмите пальцы в кулаки, сделайте полный вдох, задержите дыхание и напрягите все тело от макушки до пальцев ног на 10 секунд. После этого сделайте длинный выдох и расслабьтесь полностью при этом. Повторите это упражнение три раза. После последнего повторения, сохраняя расслабленное тело, слегка подпрыгните вверх и жестко приземлитесь на пятки, протряхнув при этом все тело. Сделайте три таких прыжка.

## Выводы

Таким образом, простейшими, доступными в любых условиях методиками превентивной профилактики боевого стресса и острых стрессовых реакций является формирование сплоченности воинского коллектива, что дает возможности обмена впечатлениями участников и позволяет, следовательно, достигать уменьшения тревоги и напряжения каждого за счет проговаривания собственных чувств (фактор «не я один такой»). Важным моментом является возможность осознанной организации опыта личного и своих товарищей, что создает мобилизационный ресурс для социальной поддержки внутри воинского коллектива. Такая эмпирическая проработка своих состояний и переживаний (в идеале – под наблюдением и по инициативе командира подразделения, заместителя по воспитательной работе) служит задачам подготовки участников к адекватному восприятию своего последующего состояния и возможности обращения за психологической помощью.

Вторым важным фактором является проведение среди военнослужащих «психологического ликбеза», то есть сообщение личному составу навыков простейших методик саморегуляции, экстренной психологической помощи.

## Литература

1. Лебедев И.Б., Русецкая Д.В., Ким А.С. Психологические особенности коррекции негативных психических состояний у сотрудников полиции при выполнении профессиональных задач в особых условиях // В сборнике: Профессиональное образование сотрудников органов внутренних дел. Педагогика и психология служебной деятельности: состояние и перспективы. Сборник научных трудов II Международной конференции. Рецензенты: И.Н. Медведев, А.С. Осипова. – 2018. – 124-129с.
2. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960с. (Справочник практического психолога).
3. Сеттаров И.А., Сеница Д.А. и др. Боевая психическая травма и посттравматическое стрессовое расстройство: причины, последствия, профилактика // Medical sciences. 2018. – № 26. – 58-63с.
4. Скрипник Л.Ю., Некрутов С.С. Социально-психологические и социально-педагогические методы борьбы с эмоциональным выгоранием у сотрудников силовых структур // Вестник Московского Городского Педагогического университета. – 2017. – №3. – 45-53с.
5. Толстой Л.Н. Севастопольские рассказы. – М.: Азбука, 2023. – 288с.

## ПРАВОСЛАВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ СТРЕССА И ПТСР

**Аннотация.** Православная психотерапия представляет собой инновационный подход к лечению стресса и ПТСР, основанный на духовных и религиозных принципах православия. Она объединяет традиционные методы психотерапии с духовной поддержкой и помощью священника. В рамках этого подхода акцент делается на вере, молитве, исповеди и других религиозных практиках как способах облегчения страданий и достижения внутреннего равновесия. Однако в России Православная психотерапия до сих пор находится в стадии развития и имеет свои особенности. Недостаток специалистов и предубеждение к религиозно-ориентированным методам – лишь некоторые из сложностей, с которыми сталкивается Православная психотерапия.

**Ключевые слова:** Православие, православная психотерапия, ПТСР, духовность.

**Abstract.** Orthodox psychotherapy is an innovative approach to treating stress and PTSD based on the spiritual and religious principles of Orthodoxy. It combines traditional methods of psychotherapy with the spiritual support and assistance of a priest. This approach emphasises faith, prayer, confession and other religious practices as ways of alleviating suffering and achieving inner balance. In Russia, however, Orthodox psychotherapy is still in its infancy and has its own peculiarities. Lack of specialists and prejudice against religiously oriented methods are just some of the difficulties Orthodox psychotherapy face.

**Keywords.** Orthodoxy, Orthodox psychotherapy, PTSD, spirituality.

### Введение

Православная психотерапия является отдельным направлением, которое основывается на религиозных и конфессиональных принципах. Ее основу составляют знания о православной антропологии, гомилетике, аскезе и Святоотеческом учении о душе, о страстях как источнике болезней, о духовном прогрессе, через трудности и многовековом положительном опыте Церкви в области душепопечения. Все это основано на понимании нравственного христианского долга, в соответствии с Святым Евангелием.

Православная психотерапия занимает свое место среди множества других теоретических и методологических подходов в психотерапии.

В настоящее время православная психотерапия является востребованной, однако ее профессиональная организация, образование и научное осмысление еще не достигли единого уровня. Православная психотерапия

является формой психотерапии, основанной на принципах православной веры и ее духовных учениях. Она сочетает психологические методы и духовные практики помощи людям в преодолении психологических проблем и достижении психического благополучия.

В рамках православной психотерапии используются такие подходы, как молитва, духовное наставничество, исповедь, религиозные обряды и практики. Они помогают человеку обрести внутренний покой, преодолеть душевные страдания и развить гармоничные отношения с Богом и окружающими людьми.

Важным аспектом Православной психотерапии является понимание, что душевные проблемы часто имеют духовную природу, и поэтому требуют духовного подхода к их решению. Психотерапевт, работающий в рамках православной психотерапии, должен иметь хорошее знание православной веры и ее учений, чтобы помочь пациенту осознать и преодолеть духовные корни своих проблем.

На практике существует православные психологи и психотерапевты, имеющие различный уровень образования и качество знаний в области психологии и богословия. Они также отличаются степенью своей воцерковленности и духовной работы, а также разным пониманием своей роли в Православной Церкви и в процессе психотерапии.

**Цель статьи:** обозначить некоторые проблемы Православной психотерапии при работе со стрессом и ПТСР.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В последние годы Православная психотерапия начала развиваться и получать все большее признание как эффективный метод психологической коррекции. Православная психотерапия основана на православных ценностях, учении Церкви и духовных практиках. Православная психотерапия помогает людям разрешать внутренние конфликты, преодолевать душевные страдания, обретать духовное благополучие и гармонию. Весь исторический контекст нашей страны за последние 100 лет послужил предпосылкой для становления и развития Православной психотерапии. Трудности и испытания, с которыми столкнулась наша страна, пробудили дух народа. Это затрагивает как отдельных людей, так и семейные истории, где присутствуют не только личные, но и социальные драмы, простирающиеся на несколько поколений. Революция, Гражданская война, Великая Отечественная война, сталинские репрессии, периоды застоя и перестройки, пандемия, СВО и прочие события – все это оказало значительное влияние на психологическое состояние людей.

Все эти события произошли весьма в коротком историческом периоде, всего лишь за 100 лет.

Исходя из богатого исторического и духовного наследия Восточного христианства, Россия обладает уникальным потенциалом для развития

Православной психотерапии. Это направление основано на конкретной духовной традиции, которая представлена в учении Святых отцов Восточной христианской церкви. Православная психотерапия представляет собой интересный и уникальный подход, в котором совмещаются духовные принципы с психотерапевтическими методами.

Изучение истории развития христианства позволяет нам понять, что духовно-психологический опыт Святых отцов, зафиксированный в письменных текстах, является ценным источником информации о духовной и психологической помощи. Эти тексты адекватно отражают особенности и цели такой помощи. В святоотеческом дискурсе особое внимание уделяется пониманию основных психологических особенностей современного человека, что является важным направлением исследований А.Ф. Бондаренко, Б.С. Братуся, Л.А. Венгера, Ф.Е. Василюка, М.В. Легостаевой, и др. [6, 7, 8, 10, 17, 22, 24].

Результаты исследований В.П. Зинченко [14], а также классические работы Г. Айзенка [3], К.Г. Юнга [25] подтверждают, что в разработке методологических принципов христианской психотерапии особую роль играют контексты, которые отражают семантику духовно-психологических проблем.

Более ста лет активного развития психотерапии привели к осознанию того, что нельзя изучать человека, не учитывая его духовную сферу. Изучая святоотеческие тексты, мы можем узнать, что уже с самого начала христианства формировалась не только теоретическая доктрина, но и направление, подтвержденная опытом очень многих из святых отцов – Святоотеческое учение о душе.

Развитие психотерапии в России стало возможным благодаря открытости и доступности изучения западных психотерапевтических направлений. Это позволяет российским психологам и психотерапевтам творчески переосмысливать опыт своих западных коллег, учитывая особенности нашего исторического развития, менталитета и духовных корней.

Особый интерес вызывает «Логотерапия» В. Франкла (1905–1997), основанная на идее поиска и обретения смысла жизни человеком. В этой терапии рассматриваются проблемы, которые возникают у человека в случае отсутствия смысла, такие как неврозы. В. Франкл не соглашался с идеями бихевиоризма, который отвергает свободу воли, а также с психоанализом, с его упором на стремление к удовольствиям и власти [23]. Во время Второй мировой войны В. Франкл почти три года провел в 3 немецких концлагерях, где потерял своих родителей и любимую жену. Находясь в этих лагерях, В. Франкл обнаружил, что те, кто стремился к высшим ценностям, духовному миру и святыням, в большей степени, преодолевали нечеловеческие условия в этих лагерях, чем те, кто терял веру и падал духом.

Он ясно осознавал, что Вера в Бога и практика религии помогают человеку преодолевать непростые испытания. Если же человек будет подавлять свою потребность в духовности, отказываться от обращения к Высшей Силе, это может привести к страданиям души и даже к изменениям в личности и развитию патологий.

Важнейшую роль в «духовной жизни играет приобретение Божественного вдохновения и благодати Святого Духа. Они проникают в разум и все способности человека, включая его сложное психофизическое существо. В результате происходит полное обновление человека, который активно участвует в этом процессе, погружаясь в лучи Божественного света. Взаимодействие тела, разума, воли и чувств помогает в достижении преображения. Аскетическая практика Восточных отцов представляет собой особый путь, который требует подчинения и преодоления естественных сил человека» [4].

Архимандрит Киприан (Керн) кратко подводит итоги, сказав, что «... внутреннее трезвение является путем развития не только ума, но и всех естественных способностей, включая тело» [5]. Он отмечает, что «...воспитание и использование тела для служения делу молитвы и трезвения является более ценным, чем его уничтожение или убийство. Аскетическая традиция, следовательно, зовет к воспитанию и преображению человека во всей его цельности духа, души и тела» [13]. Подвиг происходит в аскетической среде, где весь опыт аскетики воспринимается как неотъемлемое условие его осуществления. Подвиг, прежде всего, служит: 1) средством исправления души, 2) средством воспитания и предупреждения от будущих искушений и опасностей.

Страждущий пациент, находящийся на приеме у психотерапевта, рассматривается как подвижник, а также как грешник – человек, плененный страстями.

Для более точной диагностики и интерпретации клинического и психологического анализа необходимо учитывать влияние страстей с точки зрения христианского аскетизма. Страсти – это понятие, которое отсутствует в психологии и философии. Оно заключается в том, что если человек не реализует себя как образ и подобие Божие и не ведет благую жизнь в социуме, то причиной этого могут быть страсти, которые вводят его в заблуждение и отклоняют от естественных способностей, с которыми он родился.

«Душа не может исцелиться от греховных недугов без чистоты от страстей. Страсти становятся преградой на пути к добродетели. Они всегда указывают на несбалансированное и несвободное состояние наших сил, что отрицательно влияет на наше объективное достоинство и субъективное благополучие. Когда единичный интерес становится чрезмерным и

жертвует другими ценностями ради себя, он захватывает контроль над нашей волей. Поэтому страсть часто становится болезнью воли, приводящей к искажению других сил и способностей человека, влияя на всю его психофизическую жизнь» [24].

Когда человеческая душа охватывает страсть, она выходит за пределы своей привычной сферы, так как подвергается воздействию внешних факторов, а не своих собственных.

Великое разнообразие страстей соответствует многообразию душевных состояний. Внутри греховных страстей существует внутренняя диалектика: одна страсть порождает другую.

Страсть можно определить, как сильное и продолжительное желание, а желание, в свою очередь, является осознанной потребностью, выявленной и определенной на основе предыдущего опыта удовлетворения.

По определению Иоанна Дамаскина, «страсть – это возбуждающее чувство движение желательной способности в результате представления блага или зла. Что касается желания, то оно характеризуется с трех сторон: неудовлетворенного стремления, представления предмета, способного удовлетворить стремление, и из чувства удовольствия, знакомого из прежних опытов удовлетворения возникшей склонности». [7]. Центром всех страстей является психическая сфера, а страсть сама по себе является проявлением волевого акта. Можно определить страсть как сильное и длительное желание, которое контролирует разумное существо, возникая преимущественно в случае слабости духа и находится в противоречии с разумом.

Одной из основных сложностей, с которыми сталкивается Православная психотерапия, является разработка единой терминологии, которая до сих пор не полностью урегулирована. Эта проблема связана «не только с необходимостью соотнести научные и святоотеческие понятия и категории, но и с различиями в мышлении восточного и западного христианских миров» [20].

Проблема, связанная с психологией и психотерапией, особенно актуальна, так как она касается реальных людей с их уникальным внутренним миром, языковой и культурной средой, а также образом жизни. Например, в нашем языке нет слова «мистика», которое имеет западное происхождение. Вместо этого мы используем понятие «стяжание Святого Духа». В нашем учении мистика представляется как благодатное состояние, основанное на встрече человека с Богом лицом к лицу – таинственной и сверхъестественной встрече с Реальностью, выходящей за рамки человеческого восприятия.

В школьном богословии и русской религиозной философии был расширен синонимичный ряд понятий духовного порядка, например, таких как «мистика» и «мистическое», часто используемых как синонимы, но имеющих различные значения. В речи психотерапевта может присутствовать разговорный язык, который отражает особенности мышления. Неко-

торые понятийные конструкции, даже в разговорном языке, могут иметь смысловые оттенки западного мышления. Язык общения и язык научных интерпретаций находятся в центре внимания Православной психотерапии. В то же время важно помнить предупреждение архимандрита Киприана (Керна), что нельзя «стилизовать» отцов под наши понятия и навязывать им наши выводы, ограничивая их нашими предпосылками, и не следует использовать привычные методологические приемы.

Чтобы полностью понять глубину, необходимо вовлечься в их духовный опыт.

Святые отцы не знакомы были с концепцией Православной психотерапии, однако в современном мире она является ответом на запросы времени и продолжает активно развиваться.

В современном мире стресс касается каждого из нас, без исключения. Так как не каждый человек в мирской суматохе способен противостоять напряжению, который выражается в особых жизненных ситуациях, вызванных множеством, по своей природе, причин.

При стрессе, который возникает в ответ на действия сильных и непривычных для организма раздражителей, активизируется большая часть симпатической нервной системы, которая резко включает способность организма к выполнению интенсивной мышечной деятельности. Реакция на стресс приводит к изменению работы всех систем организма и увеличению выработки гормонов надпочечников, таких как адреналин, норадреналин и кортизол. Таким образом, стресс является мощной неспецифической реакцией организма, которая может быть вызвана интенсивной и непривычной нагрузкой.

Организму не нужно тратить время, «выясняя» детали произошедшего: как только возникает опасность, автоматически запускается защитная реакция.

Реакцией на стресс является ответ «бей-бегги», в живой природе борьба, бегство – основные способы справиться с опасностью, например, с нападением хищника. Организм готовится дать отпор или избежать опасности и переключается в режим «боевой готовности».

ПТСР может возникать, когда сила разрушительного события превышает ресурсы стрессоустойчивости человека. В таком случае режим «боевой готовности» остается активным, даже когда угрозы отсутствуют. Это означает, что человек постоянно находится в состоянии готовности к действию и испытывает страх и тревогу. Посттравматическое стрессовое расстройство – это одно из возможных последствий такого состояния.

Если же говорить о исследовании здоровья и благополучия ветеранов боевых действий, то они сосредоточены на психологических травмах и расстройствах, таких как посттравматическое стрессовое расстройство,

стресс, беспокойство, депрессия и злоупотребление психоактивными веществами, некоторые из которых имеют сопутствующие заболевания. Несмотря на неблагоприятные последствия, исследования в области здравоохранения показывают, что военная служба наделяет людей способностью работать в условиях стресса [26].

Посттравматическое стрессовое расстройство связано с интенсивным повторным переживанием травмирующих или опасных для жизни событий посредством разрушительных воспоминаний, размышлений о прошлых событиях, ночных кошмаров, избегания сценариев, которые служат напоминанием о предыдущем событии, и чрезмерной бдительности [27]. Исследования посттравматического стрессового расстройства у ветеранов обширны [9, 15, 16, 18, 22], возможно, из-за его актуальности для медицинской и психологической помощи, но посттравматическое стрессовое расстройство – это лишь одно из различных психических расстройств, которые могут возникнуть в результате военного опыта.

Несмотря на то, что посттравматическое стрессовое расстройство ассоциируется с ветеранами, оно встречается и среди гражданского населения, поскольку различные травмирующие события, такие как стихийные бедствия, насилие, несчастные случаи, а также война, могут привести к расстройству. Кроме того, информационное воздействие на гражданское население является мощным фактором возникновения различных психических расстройств.

У ветеранов боевых действий, у которых диагностируется посттравматическое стрессовое расстройство или проявляются симптомы ПТСР, возникают проблемы со здоровьем, зачастую, снижается качество жизни, наблюдаются случаи самолечения, злоупотребление психоактивными веществами и алкоголем. Среди ветеранов боевых действий отмечается более высокий уровень безработицы.

Боевой опыт есть не у всех ветеранов, однако, косвенное участие в боевых действиях имеет место на многих других должностях: медики, психологи, военная полиция и др., что также может привести к физической и психологической травме. Поэтому важно учитывать как фактические боевые действия, так и косвенное участие в них, поскольку они могут неблагоприятно повлиять на личную и трудовую жизнь ветеранов.

Различные области психологии, такие как военная психология, консультирование, психология труда и др. имеют богатые традиции изучения военной сферы деятельности, а также проблем ветеранов. Исследования в этих областях зачастую сосредоточены на стрессе, посттравматическом стрессовом расстройстве и консультировании.

Существуют различные взгляды на ПТСР. Существует взгляд, который можно соотнести с Православием: в отличие от негативной картины, опи-

санной во многих исследованиях, некоторые исследования подчеркивают положительные аспекты, которые можно извлечь из травматического опыта. Помимо психологической травмы, травматический опыт также может привести к посттравматическому росту (ПТР), который относится к положительным личностным изменениям, возникающим в результате борьбы с травмой.

Современная нейрофизиология сфокусирована на изучении психоэнергетических процессов в головном мозге. Множество институтов и лабораторий в этой области занимаются теоретическими проблемами и разрабатывают инновационные методы для активации скрытых резервов психики человека при психотерапии стресса и ПТСР. Этот подход основан на научных данных и эмпирическом опыте. Для решения сложных нестандартных задач, при психотерапии стресса и ПТСР, необходимо активировать программы развития и пробудить скрытые резервы психики. Такая стратегия позволяет полностью раскрыть потенциал личности и предоставляет эффективные способы его реализации. Когда человек развивается: занимается спортом, творчеством, читает, анализирует, помогает нуждающимся, проявляет заботу о ближнем, о домашних питомцах и др. – психологическая заторможенность и фокусировка на травмах постепенно отступают, появляются новые ресурсы и возможности.

### **Заключение**

В заключении отметим, что Православная психотерапия имеет потенциал быть эффективным инструментом при психотерапии стресса и ПТСР, в сочетании с Символ-драмой (Кататимно-имагинативная психотерапия, Кататимное переживание образов), ДППДГ (Десенсибилизация и переработка движением глаз), когнитивно-поведенческой терапией, рациональной психотерапией и др., и может помочь в психологической работе с травматическими событиями и снижению основных симптомов стресса и ПТСР.

И если психологи и психотерапевты будут работать не только в связке психиатр – психолог/психотерапевт, но и в непосредственном взаимодействии с духовенством, то это будет эффективная осознанная программа духовной и психологической/психотерапевтической помощи при стрессе и ПТСР.

### **Литература**

1. Агапов В.С., Григорьева М.А., Рыбина Е.Ю. Детерминанты психологической устойчивости // Человеческий капитал. 2020.– № 12(144). – 133-144с.
2. Адаптация военнослужащих, уволенных в запас, к гражданской жизни. <http://www.grinchevskiy.ru/rvo/032007/adaptacija-voennoslujashih.php>. (Дата обращения: 19.10.2023).

3. Айзенк Г. Объяснение необъяснимого. Тайны паранормальных явлений. Издательство Эксмо-пресс. 2001. – 381с.
4. Архимандрит Георгий (Тертышников). Божественная благодать и свобода человека. URL: [https://azbyka.ru/otechnik/Georgij\\_Tertyshnikov/bozhestvennaja-blagodat-i-svoboda-cheloveka](https://azbyka.ru/otechnik/Georgij_Tertyshnikov/bozhestvennaja-blagodat-i-svoboda-cheloveka). (Дата обращения: 19.10.2023).
5. Архимандрит Киприан (Керн). Антропология свт. Григория Паламы. Мистическая традиция. URL: <https://metodich.ru/arhimandrit-kiprian-kern-antropologiya-svt-grigoriya-palami-mi/index.html>. (Дата обращения: 19.10.2023).
6. Бондаренко А.Ф. Христианская психотерапия в современном и англоязычном мире. URL: <https://xpa-spb.ru/libr/Bondarenko/hrisotpsihoterapiya.html>. (Дата обращения: 19.10.2023).
7. Братусь Б.С. Христианская и светская психотерапия // Московский психотерапевтический журнал, 1997, – № 4.
8. Венгер Л.А. Западная теория и Российская практика // Московский психотерапевтический журнал, 2004, – № 1, – 5-17с.
9. Васильева А.В. Посттравматическое стрессовое расстройство в центре международных исследований. URL: <https://www.lvrach.ru/partners/velaxin/15438580>. (Дата обращения: 19.10.2023).
10. Василюк Ф.Е. Исповедь и психотерапия / Доклад на ежегодной конференции Сурожской епархии 26-29 мая 2000 г. URL: <https://predanie.ru/book/219412-ispoved-i-psihoterapiya>. (Дата обращения: 19.10.2023).
11. Григорьев С.М., Григорьева М.А., Буслаев С.И. Профессиональная безопасность субъектов труда в особых условиях. – М.: Объединенная редакция, 2020. – 117с.
12. Григорьева М.А., Секач М.Ф. Психотерапия пассивной агрессии // Человеческий капитал. 2019. № 11(131). – 140-144с.
13. Ершов С.А. Православная психотерапия / URL: [https://mirvch.ru/s\\_a\\_ershov\\_pravoslavnaya\\_psihoterapiya.html](https://mirvch.ru/s_a_ershov_pravoslavnaya_psihoterapiya.html). (Дата обращения: 19.10.2023).
14. Зинченко В.П. Сознание и творческий акт. – Москва, 2010. – 592с.
15. Кадыров Р.В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): учебник и практикум для вузов / Р.В. Кадыров. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 644с.
16. Кленов И.А. Условия удовлетворенности браком в семьях военнослужащих / И.А. Кленов. – Текст: непосредственный // Молодой ученый. 2019. – № 14 (252). – 214-217с. – URL: <https://moluch.ru/archive/252/57828/> (Дата обращения: 19.10.2023).

17. Легостаева М.В. Очерки православной психотерапии. На пути в землю Обетованную. – Москва: Издательство Московского Подворья Свято-Троицкой Сергиевой Лавры. 2018. – 320с.
18. Организация оказания медицинской помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством: методические рекомендации / Н.В. Семенова, А.Ю. Гончаренко, С.В. Ляшкова, М.Ю. Попов, В.К. Шамрей, Е.С. Курасов, А.А. Марченко, Н.Г. Незнанов. – СПб., НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2022. – 36с.
19. Православная психотерапия – фундаментальная основа духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока // Вестник психотерапии. 2009. – № 31 (36). – 10-45с.
20. Психотерапевтическая энциклопедия / [Аббаков В.А. и др.]; под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд., [перераб. и доп.]. – СПб.: Питер, 2006. – 943с.
21. Рукописи из кельи / святитель Феофан Затворник (Духовное наследие святителя Феофана Затворника / Свято-Троицкая Сергиева лавра) / Об осьми главных страстях, святого отца нашего Иоанна Дамаскина. – Москва: Правило веры, 2008. – 702с.
22. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: Теория и практика. – Москва: Институт психологии РАН, 2009. – 304с.
23. Франкл В. Сказать жизни: ДА! Психолог в концлагере. – М.: Издательство Смысл, 2017. – 239с.
24. Шеховцова Л.Ф., Зенько Ю.М. Элементы православной психологии. URL: <https://azbyka.ru/otechnik/antropologiya-i-asketika/elementy-pravoslavnoj-psihologii/10>. (Дата обращения: 19.10.2023).
25. Юнг К.Г. Архетипы и коллективное бессознательное. – Москва, Издательство АСТ, 2020. – 220с.
26. Dexter J.C. (2016). A comparison of managerial and leadership effectiveness of veteran and civilian developed leaders in a civilian context. Unpublished doctoral dissertation. University of Texas at Tyler.
27. Hayes J.P., Van Elzaker, M.B., & Shin L.M. (2012). Emotion and cognition interactions in PTSD: a review of neurocognitive and neuroimaging studies. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 6, 1–14.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА  
ПРИ НАРУШЕНИЯХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ:  
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА С ОТСРОЧЕННЫМИ  
ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ СОБЫТИЙ**

**Аннотация.** В данной статье дается представление о психотерапевтической деятельности, направленной на психотерапию психотравм и их психологических отсроченных последствий. Все это содержание конкретизировано практически и технологически в контексте позитивной психотерапии путем детального описания психотерапевтических упражнений, согласно Н. Пезешкиану и другим авторам.

**Ключевые слова:** события, психологическое здоровье, психологические травмы, психотравмы, нарушения, последствия, психологическая терапия, позитивная психотерапия, Н. Пезешкиан.

**Введение**

Психологическое здоровье – это состояние психического благополучия, которое позволяет людям справляться со стрессовыми ситуациями в жизни, реализовывать свой потенциал, успешно учиться и работать, а также вносить вклад в жизнь общества.

Психотравмирующее событие – это индивидуальная реакция человека на трагическое событие или же просто чрезвычайно важное для него событие, вызывающее очень сильное психическое напряжение и, как следствие, ряд стойких негативных переживаний, постепенно изменяющих психологическое состояние человека.

***Основное содержание.** Психотравмы у детей и взрослых.*

В.В. Ковалев выделяет следующие психотравмирующие факторы у детей и взрослых:

- шоковые психические травмы;
- психотравмирующие ситуации;
- хронические действующие психотравмирующие ситуации;
- эмоциональная депривация;
- группа симптомов, имеющих отношение к психической травме, получила название «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР).

*Характерные симптомы после психической травмы:*

- навязчивое повторное переживание событий;
- стремление избежать всего, что может напомнить психическую травму;

- общее психологическое возбуждение, которое не наблюдалось раньше.

*Каналы преодоления стресса, которые выделяет проф. Мули Лаад (Израиль).*

*Чувство* (эмоциональный канал) – человек обсуждает свои ощущения, пытается сбросить напряжение с помощью плача, описания чувств.

*Ум* (когнитивный канал) – человек стремится получить информацию, составляет планы, устанавливает порядок предпочтений, пытается понять логику ситуации.

*Верования* (система верований и убеждений) – человек обращается к религии, обращается к приметам, к мифам, пытается придать смысл ситуации или событию, испытывает надежду.

*Социум* (социальная сфера) – человек пытается найти поддержку у друзей и родных, принимает на себя общественные функции.

*Тело* (телесный канал) – человек стремится к физической активности, к совместной деятельности; испытывает облегчение при массаже, ванне, принятии пищи.

*Воображение* (сфера фантазии) – фантазии о путешествиях, юмор (в том числе черный юмор), творчество (в любом виде искусства).

*Способы переработки конфликтов по Носсрату Пезешкиану (позитивная психотерапия) следующие.*

Первая сфера – сфера тела, в которой человек реагирует на болезнь при выходе ситуации из-под контроля. Здесь появляются психосоматические заболевания. Люди, как правило, лечат симптомы, а не причины, что является в корне неверным.

Вторая сфера – сфера деятельности, в которой человек либо полностью погружается в работу, либо, наоборот, стремится ничего не делать вообще.

Третья сфера – сфера контактов, в которой идет речь об умении налаживать связь с людьми, растениями и животными, а также с самим собой. Конфликты и болезни могут устраняться человеком либо через уход «в себя», либо в чрезмерное общение.

Четвертая сфера – сфера фантазии, где проблемы решаются через визуализацию благоприятного будущего. Здесь также может быть уход в ту или иную зависимость.

*Анамнез жизни как метод психосоматической диагностики, согласно Ирине Германовне Малкиной-Пых.*

1. Вначале задают вопрос о жалобах, давших основание для обращения к психологу: «Что привело вас сюда?». Часто при ответе на этот вопрос предварительно информированный клиент указывает конкретные симптомы или сообщает уже готовый диагноз: «желудочные боли», «грудная жаба», «ревматические проявления». Эти жалобы обязывают психолога

расспросить клиента о содержании его предшествующих переживаний. Следует подвести клиента к тому, чтобы он рассказал о своем состоянии своими словами. При этом необходимо отмечать речевые обороты, которыми он пользуется при описании своих жалоб и картины своей болезни.

2. Следующий вопрос позволяет уточнить время появления болезненных переживаний: «Когда вы это почувствовали впервые?». Устанавливаются и периоды последующих ухудшений и улучшений. Психолог должен настойчиво расспрашивать клиента о времени начала болезненных переживаний вплоть до дня и часа. Сбор анамнеза включает в себя обязательное обращение к врачу и прохождение обследования.

Отсутствие соматических проявлений, обусловленных болезнью, может мотивировать обращение психолога к более глубокому изучению связи болезни с конфликтами.

Достаточно часто в последнее время врачи направляют своих пациентов при отсутствии функциональных изменений к психологам и психотерапевтам.

3. Решающим для понимания внутренних конфликтов и внешних психосоциальных связей является вопрос о жизненной ситуации к моменту начала болезни: «Что произошло в вашей жизни, когда это случилось? Что в то время появилось нового в вашей жизни, кто появился в вашей жизни и кто ушел из нее?». Это вопрос о «провалах» в судьбе, о ситуациях искушений и неудач, об изменениях в служебной деятельности, жилищных условиях. Поскольку о драматических событиях клиенты могут сообщать как о банальных переменах, которые всплывают в памяти и расцениваются как ничего не значащие, на такие события следует обратить особое внимание. Если же невозможно установить связь между жизненными кризисами и началом болезни (в том числе и при повторных беседах), то психосоматическую природу заболевания следует поставить под сомнение и направить на повторное обследование.

4. При ретроспективном взгляде жизненные ситуации, вызывающие болезни, могут обнаруживаться в детстве, юности и зрелом возрасте. «Расскажите мне еще немного о себе, быть может, что-то из детства», «Расскажите немного о своих родителях» или «Каким вы были ребенком?», «Что было для вас важным событием в жизни?». При сборе анамнеза разговор ведется об отношениях с родителями, о развитии в детстве, о служебной карьере, о сексуальном развитии.

5. В конечном итоге создается картина личности клиента в целом. Если учесть его душевные переживания и поведение, то можно оценить значение симптоматики, ситуации заболевания и данных анамнеза.

«Что это означает для вас? Как вы это пережили?» – такие вопросы приводят самого клиента к пониманию собственных способов реагирования.

## **Основное содержание: психологические технологии**

***Линия жизни АСТ (Терапия принятия и ответственности).***

***Цель упражнения:*** проанализировать, как изменились роли и самоощущение после психотравмирующего события.

До этого события я был ...

Теперь я ...

Теперь, когда я думаю о себе ...

Чтобы лучше понять меня в период этих перемен, вам хорошо знать, что я ...

Я стараюсь быть ...

Сейчас я есть ...

Исследования врача-психотерапевта Носсрата Пезешкиана и его сотрудников в более чем 20 культурах привели к формулированию следующих «четырёх сфер разрешения конфликта» через:

- 1) Тело (посредством ощущения);
- 2) Деятельность (посредством сознания);
- 3) Контакты (посредством традиции);
- 4) Смыслы (посредством интуиции).

Эти формы реакции на конфликты являются широкими категориями, которые каждый понимает в зависимости от собственных представлений, желаний и конфликтов. Пример: отец реагирует на конфликт через погружение в работу (успех), мать замыкается в себе, избегает социальных контактов (контакты), ребенок реагирует физическими недугами (тело).

Психолог-консультант Илья Игоревич Клепиков предлагает нижеследующие свои разработки по позитивной психотерапии в статье: *Клепиков И.И. Позитивная психотерапия. 4 сферы разрешения конфликта* <https://www.b17.ru/blog/ppt1/> (Дата обращения: 01.11.2023).

### ***Ромб четырёх сфер распределения психической энергии***

Каждый человек развивает собственные, наиболее предпочтительные для него пути решения конфликта. При гипертрофии одной из форм другие уходят на задний план. Каким формам будет оказано предпочтение, в большой степени зависит от опыта, прежде всего от того, как человек действовал в детстве. Четыре сферы подобны всаднику, который целеустремленно (деятельность) двигается к цели (смыслы). Для этого ему нужна хорошая, ухоженная лошадь (тело), а на случай, если он с нее упадет, помощники, которые помогут подняться (контакты). Это означает, что терапия не должна ограничиваться одной областью, например всадником, а должна принимать во внимание все участвующие сферы. По наблюдениям в Европе и Северной Америке на первом месте формы реакции на конфликт из области «тело» и «деятельность», в то время как на Востоке прослеживается тенденция «тело», «контакт», «смыслы». Несмотря на

тенденции, каждый воспринимает мир по-своему, в соответствии с характерными для данной личности формами реакции.

**1) Тело (ощущения).** На первый план выступает тело – я-чувство, как человек ощущает свое тело? Как воспринимаются ощущения и информация из внешнего мира? Информация, получаемая через ощущения, проходит через цензуру приобретенных ценностных стандартов. Некоторые ощущения вместе с определенными переживаниями могут приводить к конфликту. Через ощущения ребенок вступает в контакт с окружающим миром в начале своего развития. Совокупность действий контролируется ощущениями.

**2) Деятельность (сознание).** Это качество имеет особое значение в индустриальных обществах, особенно в американско-европейских культурных кругах. Сюда относятся виды и способы, которыми выражаются нормы деятельности, и таким образом они включаются в собственную концепцию. Мышление и сознание позволяют систематически и целенаправленно решать проблемы и улучшать деятельность. Здесь возможны две взаимно противоположные реакции на конфликт: а) уход в работу; б) уход от деятельности.

Типичными симптомами являются проблемы самооценки, перенапряжение, стрессовые реакции, боязнь не справиться с заданием, нарушение концентрации и реже встречающиеся симптомы: пенсионный невроз, апатия, нарушение деятельности, и т. д.

**3) Контакты (традиции).** Эта сфера предполагает способность завязывать и сохранять контакты: контакт с самим собой, с партнером, с семьей, отношения с другими людьми, группами, социальными слоями и чужими культурными кругами, связи с животными, растениями и предметами. Социальное поведение определяется индивидуальным опытом и традицией. Мы имеем возможность завязывать контакты и регулировать полученные из социального опыта критерии выбора: от партнера ожидают, например, вежливости, честности, справедливости, определенных занятий по интересам и т.д. И мы выбираем себе таких партнеров, которые в какой-то мере соответствуют этим критериям.

Мы можем реагировать на конфликты тем, что мы ставим под сомнение наши отношения с окружающим миром: одной из крайностей является бегство в общительность, чрезмерную активность, группу, где должны помочь снять остроту проблемы. Человек пытается в разговорах с другими добиться симпатии и солидарности: «Когда я расстроюсь из-за свекрови, то я звоню своей подруге и часами говорю с ней об этом». Здесь имеет место социальная суперактивность, эмоциональная зависимость от группы и т. д. В другом случае можно наблюдать, наоборот, избегание общества. Человек отдаляется от людей, которые его беспокоят, чувствует себя

скованным, избегает общества и любой возможности контактирования с людьми. Симптомами являются: заторможенность, неосознанная потребность в поддержке, боязнь контактов, предубежденность, и т. д.

**4) Смыслы (фантазия, интуиция).** Следующей областью познания является то, что на языке поэтов называют голосом сердца или даром, на языке религии – наитием, на языке психологии – интуицией или интуитивным суждением.

Представляется, что интуиция находится во взаимосвязи с психическими процессами сна или фантазии, которые одновременно могут представлять форму переработки конфликтов и проблем.

На конфликты можно реагировать, активизируя фантазию: представляя себе решение конфликта, можно в мыслях представить себе желаемый успех или мысленно наказать и даже убить своего врага.

Фантазия и интуиция могут, например, в творческих действиях и сексуальных фантазиях вызвать потребности и даже удовлетворить их. В качестве «личного мира» фантазия отделяет от ранищих проявлений действительности и создает на некоторое время приятную сферу (например, алкоголизм или наркомания). Она может создать иллюзию того, что какого-либо «злого дела» или болезненного расставания не было. Она может также и пугать, в качестве проекции собственных страхов сделать действительность невыносимой. Фантазия смешивается с восприятием и ведет к симптомам, которые встречаются у шизофреников. Чтобы уменьшить пугающую, динамическую силу фантазии, некоторые люди принуждают себя к определенному поведению, «зашнуровываются в корсет», который помогает сдерживать угрожающие фантазии в определенных рамках и защищаться от бесконтрольных проявлений своих чувств. Интуиция и фантазия выходят за рамки непосредственной действительности и могут играть роль того, что мы называем смыслом деятельности, смыслом жизни, желанием, планами на будущее или утопией. Из способностей к интуиции-фантазии развиваются потребности в мировоззрении и религии, которые предоставляют возможность заглянуть в далекое будущее. Соприкоснуться с неизвестным – в этом суть фантазии. Способность фантазии «дает возможность рисковать, решиться на шаг в неизвестное, человек берет на себя груз сомнений и все же надеется, что где-то найдется новая граница (которая, в свою очередь, является частью своей собственной действительности)».

### **Выводы**

Итак, зная эту модель распределения психической энергии, можно попробовать выстроить свою модель баланса. Это поможет понять, все ли ваши сферы достаточно сбалансированы. Для этого возьмите чистый лист бумаги формата А4 и нарисуйте двухмерную систему координат «X / Y».

## Вернёмся к математике



Ось « $X$ » называют осью абсцисс – расположена горизонтально, направлена вправо. Ось « $Y$ » называют осью ординат – расположена вертикально, направлена вверх. Положительное направление на осях указывается стрелкой. Точку пересечения осей называют началом координат. Оси взаимно перпендикулярны, поэтому заданную таким образом систему координат называют прямоугольной. Оси координат разделяют плоскость на 4 угла – координатные четверти.

Дальше подумайте, сколько сил, времени, энергии вы вкладываете в каждую из 4-х сфер вашей жизни, исходя из того, что на все про все в общем и целом у вас есть 100% ресурса.

ТЕЛО / ЗДОРОВЬЕ – сколько %?

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ / ДОСТИЖЕНИЯ – сколько %?

КОНТАКТЫ / ОБЩЕНИЕ – сколько %?

СМЫСЛ / БУДУЩЕЕ / ФАНТАЗИИ – сколько %?

Результаты нужно откладывать в масштабе на линии абсцисс и ординат.

Тело и здоровье на положительном отрезке оси ординат, потом на положительном отрезке оси абсцисс – деятельность и достижения; далее – на отрицательном отрезке оси ординат – контакты и общение, и, наконец, на отрицательном отрезке оси абсцисс – смысл, будущее и фантазии.

Соединяем все точки и получаем ромб, примерно вот так это будет выглядеть:



Соотнесите полученную информацию с ромбом Н. Пезешкиана, и вы наглядно увидите, во всех ли сферах ваша энергия распределяется гармо-

нично, и, самое главное, устраивает ли вас то, что вы увидите. Достаточно хорошие результаты для самодиагностики дает периодическое, примерно раз в два месяца, выполнение этого несложного упражнения.

### Литература

1. Василюк Ф.Е. Психология переживания: Анализ преодоления критических ситуаций / Ф.Е. Василюк; [Предисл. В. П. Зинченко]. – Москва: Изд-во МГУ, 1984. – 200с.
2. Донцов Д.А., Донцова М.В. Виды и содержательные особенности психологического консультирования / Д.А. Донцов, М.В. Донцова // Научные исследования и образование. 2017. – № 3 (27). – 15-17с.
3. Донцов Д.А., Донцова М.В. Возрастно-психологическое и психолого-педагогическое психологическое консультирование / Д.А. Донцов, М.В. Донцова // Научные исследования и образование. 2017. – № 3(27). – 15-17с.
4. Донцов Д.А., Донцова М.В. Индивидуальное и групповое психологическое консультирование / Д.А. Донцов, М.В. Донцова // Научные исследования и образование. 2014. – № 12. – 5-7с.
5. Донцов Д.А., Донцова М.В. Интимно-личностное психологическое консультирование / Д.А. Донцов, М.В. Донцова // Научные исследования и образование. 2013. – № 6. – 8-10с.
6. Донцов Д.А., Донцова М.В. Модели семейного психологического консультирования / Д.А. Донцов, М.В. Донцова // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 2009. – № 2. –90-95с.
7. Донцов Д.А., Донцова М.В. Профессиональное психологическое консультирование: смысл и значение, принципы, формы / Д.А. Донцов, М.В. Донцова // Школьные технологии. 2011. – № 5. – 164-172с.
8. Донцов Д.А., Донцова М.В., Поляков Е.А. Методология и методы возрастно-психологического и психолого-педагогического психологического консультирования / Д.А. Донцов, М.В. Донцова, Е.А. Поляков // Современные тенденции развития науки и технологий. 2017. – № 1-8. – 70-76с.
9. Донцов Д.А., Донцова М.В., Поляков Е.А. Методология и методы психологии и консультирования семьи / Д.А. Донцов, М.В. Донцова, Е.А. Поляков // Наука России: Цели и задачи: Сборник научных трудов по материалам международной научной конференции, Екатеринбург, 10 февраля 2017 года. Том Часть 1. – Екатеринбург: Научно-издательский центр «Л-Журнал», 2017. – 44-51с.

10. Донцов Д.А., Донцова М.В., Поляков Е.А. Современное психологическое консультирование: понятия, процесс, психотехнологии, виды. Учебное пособие для студентов психолого-педагогических направлений подготовки [Текст] / Д.А. Донцов, М.В. Донцова, Е.А. Поляков. Под науч. ред. Л. Б. Шнейдер. Под общ. ред. Д. А. Донцова и Е. А. Полякова. Ответственный редактор Д.А. Донцов. – М.: АРКТИ, 2017. – 184с.
11. Донцова М.В., Донцов Д.А. Поэтапная методика психологического консультирования как процесса / М.В. Донцова, Д.А. Донцов // Методология современной психологии. 2017. – № 7. – 64-75с.
12. Донцова М.В., Сенкевич Л.В., Поляков Е.А., Седых Р.К. Основы психологического консультирования / М.В. Донцова, Л.В. Сенкевич, Е.А. Поляков, Р.К. Седых. Под. науч. и общ. ред. Д.А. Донцова. – Санкт-Петербург: Речь, 2013. – 224с.
13. Донцова М.В. Особенности психологического консультирования семьи / М.В. Донцова // NovaInfo.Ru. 2011. – № 4. – 303-307с.
14. Донцова М.В. Типовые технологии психолого-социальной работы с населением / М.В. Донцова // NovaInfo.Ru. 2011. – № 4. – 361-363с.
15. Донцова М.В. Эффективные технологии психосоциального сплочения семей в период домоседства / М.В. Донцова // Образовательные технологии. 2020. – № 1. – 104-116с.
16. Козлов В.В. Работа с кризисной личностью: [методическое пособие] / В.В. Козлов. – Москва: Психотерапия, 2007. – 332с.
17. Клепиков И.И. Позитивная психотерапия. 4 сферы разрешения конфликта: <https://www.b17.ru/blog/ppt1/> (Дата обращения: 01.11.2023).
18. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И.Г. Малкина-Пых. – Москва: Эксмо, 2008. – 925с.
19. Меновщиков В.Ю. Психологическое консультирование: Работа с кризисными и проблемными ситуациями: [Учеб.-метод. пособие] / В.Ю. Меновщиков. – Москва: Смысл, 2002. – 182с.
20. Новикова М.В. Психологическая помощь ребенку в кризисной ситуации. Пособие. – М.: Генезис. 2006. – 128с.
21. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. Практическое пособие. – Москва: «Институт позитивной психотерапии», 2006. – 460с.
22. Пезешкиан Хамид, Воронов Марк. Введение в позитивную психологию и психотерапию. Методические материалы к изучению курса «Введение в позитивную психологию и психотерапию» (Материалы составлены на основании работы Хамида Пезешкиана с дополнениями Марка Воронова). – Харьков: 2003. – 66с.

23. Поляков Е.А., Донцова М.В., Донцов Д.А. Классификация видов и форм психологического консультирования / Е.А. Поляков М.В. Донцова, Д.А. Донцов // The Tenth International Congress on Social Sciences and Humanities : Proceedings of the Congress, Vienna, 02 апреля 2017 года. – Vienna: «East West» Association for Advanced Studies and Higher Education GmbH, 2017. – 58-64с.
24. Поляков Е.А., Донцова М.В., Донцов Д.А. Применение арт-терапевтических психотехнологий в рилив-терапевтическом подходе в области психологического консультирования и психокоррекции / Е.А. Поляков, М.В. Донцова, Д.А. Донцов // Человеческий капитал. 2017. – № 9(105). – 17-22с.
25. Рыжов Б.Н., Донцов Д.А., Донцова М.В., Сенкевич Л.В. Психология личности. Учебное пособие для студентов бакалавриата, специалитета и магистратуры психологических специальностей и направлений подготовки. 2-е изд., доп. / Б.Н. Рыжов, Д.А. Донцов, М.В. Донцова, Л.В. Сенкевич. – М.: КноРус, 2019. – 357с.
26. Сенкевич Л.В. Онтогенез и экзистенциальные проблемы: психовозрастной аспект [Текст]: монография / Л.В. Сенкевич. – Москва: РУСАЙНС, 2021. – 240с.
27. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. – М.: Класс, 2015. – 574с.
28. Янышева В.А., Донцов Д.А. Аутоординационная психология и аутоординационная психотерапия психики человека естественно-психическим методом: монография / В.А. Янышева, Д.А. Донцов; под науч. и общ. ред. М.В. Донцовой. – Москва: РУСАЙНС, 2022. – 206с.

**Донцова Маргарита Валерьевна**

## **МЕТАФОРИЧЕСКИЙ ПОДХОД И АРТ-ТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ СПЕЦИФИЧНОСТИ**

**Аннотация.** В данной статье дается представление о метафорическом подходе в контексте арт-терапии специфически психосоматических заболеваний. Это содержание конкретизировано практически и технологически в контексте психологической помощи посредством метафорических ассоциативных карт (МАК), через раскрытие ряда психологических упражнений с применением МАК.

**Ключевые слова:** метафора, метафорический подход, арт-терапия, заболевания, психосоматика, метафорические ассоциативные карты МАК.

## Введение

Метафора в психологии – способ метафорического выражения проблемы, опыта, личности самого клиента с целью терапевтической проработки.

Психологическая теория метафоры объясняет, какие механизмы позволяют «переносить» значение и смысл с одного фрагмента опыта на другой, и почему это происходит не произвольно, а строго определенным образом.

Арт-терапия – дословно терапия искусством. Основоположник А. Хилл, 1938 г. Это направление в психотерапии, основанное на применении искусства и творчества в терапии психологических проблем и заболеваний. Основная цель арт-терапии – гармонизация психического состояния, самовыражение и самопознание, актуализация подавленных эмоций.

Психосоматика – (греч. psych – душа, soma – тело) – направление в медицине и психологии, занимающееся изучением влияния психологических (преимущественно психогенных) факторов на возникновение и последующую динамику соматических заболеваний.

Психосоматические заболевания – это заболевания, в возникновении и протекании которых решающую роль играют психологические причины: стрессы, негативные мысли и эмоции, внутренние конфликты, а также другие психологические факторы.

Традиционная «чикагская семерка» («holy seven» – так называемая «святая семерка»), психосоматических заболеваний (по Ф. Александру): язва желудка и двенадцатиперстной кишки; неспецифический язвенный колит; бронхиальная астма; гипертония; тиреотоксикоз; ревматоидный артрит; нейродермит.

Базисные конфликты, характерные для клиентов с психосоматикой:

- конфликт близости-дистанцирования;
- конфликт зависимости-независимости.

### Основное содержание: психотехнологии

#### *Использование метафорических ассоциативных карт (МАК) в работе с психосоматикой*

1975 год – художник, профессор искусствоведения Эли Раман, проживавший и работавший в Канаде, создает по мотивам собственных картин первую колоду, впоследствии получившую название «ОН».

1983 год – знакомство Эли Рамана с немецким издателем Морицем Эгетмейером.

1985 год – собственное издательство М. Эгетмейера ОН-Verlag в Германии выпускает первый тираж колоды «ОН».

1985 год – колода «ОН» впервые представлена на выставке-ярмарке настольных игр в г. Эссен (Германия).

1985-2021 годы – ОН-Verlag издает 17 видов колод МАК при содействии разных художников и психологов, метафорические карты распространяются по всему миру, успешно используются в работе специалистов помогающих профессий, ежегодно в разных странах активно разрабатываются новые методы работы с МАК, а также новые колоды разнообразного формата и назначения.

В нашей стране метафорические карты одни из первых стали использовать: Л. Тальпис и Л.Р. Мошинская.

### ***Классификация МАК***

Рисованные МАК, в которые входят сюжетные и предметные.

***Сюжетные МАК*** иллюстрируют различные жизненные ситуации. Как правило, содержат изображения людей.

***Предметные МАК*** – это изображения отдельных предметов, явлений природы, животных. Часто служат для уточнения сюжетных МАК.

***Абстрактные МАК*** представлены абстрактными художественными произведениями. Служат для раскрытия творческого потенциала, развития абстрактного мышления, лучшего понимания клиентом своих эмоций.

***Текстовые МАК***, как правило, являются вспомогательными и работают в паре с рисованными МАК.

***Текстовые и рисуночные МАК*** представлены колодами, содержащими текстовые и рисованные карты, а также колодами с картами, на которых имеются одновременно и текст, и рисунок.

***Фото-колоды МАК*** представлены картами с фотографиями, которые по смыслу могут быть сюжетными, предметными, а также содержать текст.

### ***Классификация МАК по сфере применения***

***Универсальные*** – работают с широким кругом запросов.

***Портретные*** – применяются тогда, когда необходимо проработать эмоциональное состояние человека, помочь определить собственные и чужие роли.

***Ресурсные*** – направлены на решение проблемы, помогают в поиске психологического ресурса.

***Специальные*** – предназначены для работы с узконаправленными типами запросов.

### ***Существуют две основные стратегии работы с МАК.***

Клиент может выбрать карточки:

- произвольно, открыто;
- вслепую, когда они перевернуты, и он не видит изображения на них.

***Методика работы с травмой с помощью карт COPE:***  
***Л.Р. Мошинская***

**Цель:** работа с психотравмой и психосоматикой.

Психолог предлагает клиенту выбрать травмирующую ситуацию из жизни клиента. Клиенту важно вспомнить и рассказать (проговорить) ситуацию в подробностях.

Затем клиенту предлагается оценить эту травмирующую ситуацию по 10-бальной шкале.

Затем ему надо предложить выбрать из колоды 6 карт, которые иллюстрируют эту ситуацию, и попросить рассказать ту же историю, опираясь на эти карты; после чего снова спросить его об оценке им психотравматичности данной ситуации по 10 бальной шкале.

Потом клиенту предлагается перетасовать выбранные им ранее 6 карт и разложить их в случайном порядке слепым методом, и рассказать историю заново, опираясь на новый расклад карт, и снова оценить эту травмирующую ситуацию по 10-бальной шкале.

Затем психолог предлагает клиенту посмотреть на эти 6 карт и убрать ту, которая мешает ему и усугубляет ситуацию. Клиент убирает ненужную, тяжелую карту.

После чего психолог говорит клиенту: «Выберите другую карту из оставшейся колоды, которая облегчила бы ситуацию. Это ресурсная карта. Расскажите историю еще раз уже с новой картой. Причем новую карту Вам можно положить в то место в раскладе Ваших карт, в которое сочтете нужным. Оцените ситуацию по 10-бальной шкале.

Очень важно, чтобы клиент рассказывал каждый раз ситуацию в той последовательности, в которой он ее рассказывал изначально, когда он не опирался еще на карточки.

Карты, выбранные клиентом изначально из колоды, можно тасовать 4-5 раз.

Карт, выбранных клиентом, может быть 5-6, но не больше.

Заменить желательно 1 карту, но если клиент настаивает, то не больше 2.

В идеале в конце работы событие уходит на 1 или 0 баллов.

Если не снижается балл, то можно задать вопрос: «А какой момент для Вас был самым тяжелым?»

Затем клиенту необходимо проговорить именно этот момент, а потом психолог просит его взять из колоды еще 6 других карт на эту «точку».

**Арт-терапевтическая техника «Безопасное место»:** *Наталья Роджерс*

**Цель:** совладание со стрессом и поиск ресурса.

**Ход выполнения:** закройте глаза и сосредоточьтесь на своем дыхании. Сконцентрируйтесь на выдохе, все больше и больше расслабляясь с каждым выдохом.

Когда вы почувствуете себя готовым к этому, то представьте себе безопасное место – это может быть какое-либо знакомое вам место, где вы уже были или где хотели бы побывать. Вы можете представить себе реальное место или вообразить что-то по собственному усмотрению.

Переместитесь в безопасное место, насладитесь ощущением пребывания в полной безопасности. Вы можете сохранить это ощущение, а можете проанализировать какие-то аспекты своей жизни с точки зрения безопасности, которую вам обеспечивает выбранное вами место.

Во время пребывания в безопасном месте вы должны сконцентрироваться на следующих ощущениях: безопасность, комфорт, уверенность и контроль.

Оставайтесь в безопасном месте так долго, как захотите. Помните, что вы всегда можете воссоздать это место, когда вам этого захочется.

Подумайте, это место реальное или оно есть только в Вашем воображении. Как можно более подробно запомните его. Прочувствуйте то, какие там присутствуют цвета, звуки, ароматы.

Когда вы почувствуете себя готовым к этому, покиньте безопасное место и вернитесь в реальный мир.

На листе формата А4, нарисуйте свое безопасное место как можно более детально. Можно использовать карандаши, акварельные краски, пастель. Когда рисунок закончен, посмотрите на него и подумайте, в какой его точке вам особенно хорошо. Можно повесить этот рисунок в удобное для вас место расположения и периодически возвращаться к нему в вашем восприятии.

**Арт-терапевтическое упражнение «Расчленёнка»: Г. Тимошенко, Е. Леоненко**

**Цель:** определение того, какой психосоматический компонент беспокоит клиента.

**Инструкция.** Перед началом техники клиент берет 7 листов формата А4 и 7 цветных карандашей. Стоит помнить, что на каждом новом листе клиент может рисовать только карандашом одного цвета. Клиенту дается следующая инструкция.

1 лист – «Нарисуйте части Вашего тела, которые отвечают за Ваш ресурс, дают наибольшую жизненную силу».

2 лист – «Нарисуйте части тела, которые обеспечивают Вашу внутреннюю и внешнюю безопасность».

3 лист – «Нарисуйте части тела, которые отвечают за Ваше сотрудничество с окружающим миром».

4 лист – «Нарисуйте части тела, которые обеспечивают Вашу возможность сопротивляться при необходимости окружающему миру».

5 лист – «Нарисуйте части тела, которые отвечают за Вашу внутреннюю жизнь, за Ваши взаимоотношения с самим собой».

6 лист – «Нарисуйте части тела, которые отвечают за интеграцию всех описанных выше функций и отвечают за контроль над их осуществлением».

7 лист – «Нарисуйте те части тела, которые Вы не нарисовали или которые почему-то Вам важно нарисовать еще раз».

Каждый последующий лист клиент берет строго после того, как переворачивает предыдущий, чтобы не иметь возможности посмотреть, что уже было нарисовано.

В завершении клиенту необходимо ножницами вырезать все нарисованные органы и объединить их в единый коллаж, собрать целого человека из всех частей.

Интерпретируется полученный коллаж по следующим критериям: человек должен получиться целым; внутренние части должны находиться внутри; части тела должны быть соразмерными; изображение должно быть реалистичным; функции должны быть дифференцированы; изображение должно быть кратным (количество органов должно быть, как в реальной анатомии).

### ***Психологическая работа в рамках транзактного анализа Э. Берна Работа с убеждениями.***

***Цель:*** выявить дисфункциональные убеждения.

- Завершите следующие предложения:
- Быть здоровым – значит ...
- Если я здоров, то я могу ...
- Стать совершенно здоровым – значит изменить ...
- Если бы мне пришлось взять управление собственным здоровьем в свои руки...
- Когда я болен...
- Мне мешает быть здоровым...
- Мне помогает быть здоровым...

### **Литература**

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2017. – 250с.
2. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений. Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы. – М.: Эксмо, 2017. – 399с.
3. Донцов Д.А., Донцова М.В. Виды и содержательные особенности психологического консультирования / Д.А. Донцов, М.В. Донцова // Научные исследования и образование. 2017. – № 3 (27). – 15-17с.

4. Донцов Д.А., Донцова М.В. Возрастно-психологическое и психолого-педагогическое психологическое консультирование / Д.А. Донцов, М.В. Донцова // Научные исследования и образование. 2017. – № 3(27). – 15-17с.
5. Донцов Д.А., Донцова М.В. Индивидуальное и групповое психологическое консультирование / Д.А. Донцов, М.В. Донцова // Научные исследования и образование. 2014. – № 12. – 5-7с.
6. Донцов Д.А., Донцова М.В. Интимно-личностное психологическое консультирование / Д.А. Донцов, М.В. Донцова // Научные исследования и образование. 2013. – № 6. – 8-10с.
7. Донцов Д.А., Донцова М.В. Модели семейного психологического консультирования / Д.А. Донцов, М.В. Донцова // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 2009. – № 2. – 90-95с.
8. Донцов Д.А., Донцова М.В. Основополагающие функции семьи и особенности семейного психологического консультирования / Д.А. Донцов, М.В. Донцова // Научные исследования и образование. 2009. – № 8. –16-21с.
9. Донцов Д.А., Донцова М.В. Профессиональное психологическое консультирование: смысл и значение, принципы, формы / Д.А. Донцов, М.В. Донцова // Школьные технологии. 2011. – № 5. – 164-172с.
10. Донцов Д.А., Донцова М.В. Профессиональное (профориентационное) психологическое консультирование / Д.А. Донцов, М.В. Донцова // Вестник МГПУ. Серия: Педагогика и психология. 2008. – № 4. –13-25с.
11. Донцов Д.А., Донцова М.В. Технологии профориентационного консультирования / Д.А. Донцов, М.В. Донцова // NovaInfo.Ru. 2011. – № 4. – 307-310с.
12. Донцов Д.А., Донцова М.В., Поляков Е.А. Методология и методы возрастно-психологического и психолого-педагогического психологического консультирования / Д.А. Донцов, М.В. Донцова, Е.А. Поляков // Современные тенденции развития науки и технологий. 2017. – № 1-8. – 70-76с.
13. Донцов Д.А., Донцова М.В., Поляков Е.А. Методология и методы психологии и консультирования семьи / Д.А. Донцов, М.В. Донцова, Е.А. Поляков // Наука России: Цели и задачи: Сборник научных трудов по материалам международной научной конференции, Екатеринбург, 10 февраля 2017 года. Том Часть 1. – Екатеринбург: Научно-издательский центр «Л-Журнал», 2017. – 44-51с.

14. Донцов Д.А., Донцова М.В., Поляков Е.А. Современное психологическое консультирование: понятия, процесс, психотехнологии, виды. Учебное пособие для студентов психолого-педагогических направлений подготовки [Текст] / Д.А. Донцов, М.В. Донцова, Е.А. Поляков. Под науч. ред. Л. Б. Шнейдер. Под общ. ред. Д. А. Донцова и Е. А. Полякова. Ответственный редактор Д.А. Донцов. – М.: АРКТИ, 2017. – 184с.
15. Донцова М.В., Донцов Д.А. Поэтапная методика психологического консультирования как процесса / М.В. Донцова, Д.А. Донцов // Методология современной психологии. 2017. – № 7. – 64-75с.
16. Донцова М.В., Сенкевич Л.В., Поляков Е.А., Седых Р.К. Основы психологического консультирования / М.В. Донцова, Л.В. Сенкевич, Е.А. Поляков, Р.К. Седых. Под науч. и общ. ред. Д.А. Донцова. – Санкт-Петербург: Речь, 2013. – 224с.
17. Донцова М.В. Особенности психологического консультирования семьи / М.В. Донцова // NovaInfo.Ru. 2011. – № 4. – 303-307с.
18. Донцова М.В. Типовые технологии психолого-социальной работы с населением / М.В. Донцова // NovaInfo.Ru. 2011. – № 4. – 361-363с.
19. Донцова М.В. Эффективные технологии психосоциального сплочения семей в период домоседства / М.В. Донцова // Образовательные технологии. 2020. – № 1. – 104-116с.
20. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И.Г. Малкина-Пых. – Москва: Эксмо, 2008. – 925с.
21. Поляков Е.А., Донцова М.В., Донцов Д.А. Классификация видов и форм психологического консультирования / Е.А. Поляков М.В. Донцова, Д.А. Донцов // The Tenth International Congress on Social Sciences and Humanities: Proceedings of the Congress, Vienna, 02 апреля 2017 года. – Vienna: «East West» Association for Advanced Studies and Higher Education GmbH, 2017. – 58-64с.
22. Поляков Е.А., Донцова М.В., Донцов Д.А. Применение арт-терапевтических психотехнологий в рилев-терапевтическом подходе в области психологического консультирования и психокоррекции / Е.А. Поляков, М.В. Донцова, Д.А. Донцов // Человеческий капитал. 2017. – № 9(105). – 17-22с.
23. Рыжов Б.Н., Донцов Д.А., Донцова М.В., Сенкевич Л.В. Психология личности. Учебное пособие для студентов бакалавриата, специалитета и магистратуры психологических специальностей и направлений подготовки. 2-е изд., доп. / Б.Н. Рыжов, Д.А. Донцов, М.В. Донцова, Л.В. Сенкевич. – М.: КноРус, 2019. – 357с.

24. Сенкевич Л.В. Онтогенез и экзистенциальные проблемы: психовозрастной аспект [Текст]: монография / Л.В. Сенкевич. – Москва: РУСАЙНС, 2021. – 240с.
25. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. – М.: Класс, 2015. – 574с.
26. Янышева В.А., Донцов Д.А. Аутоординационная психология и аутоординационная психотерапия психики человека естественно-психическим методом: монография / В.А. Янышева, Д.А. Донцов; под науч. и общ. ред. М.В. Донцовой. – Москва: РУСАЙНС, 2022. – 206с.

**Клепцова Елена Юрьевна**  
**Акулов Иван Алексеевич**

## **АЛГОРИТМ ПРЕОДОЛЕНИЯ СТРАХА ПОЛУЧЕНИЯ ТРАВМЫ У СПОРТСМЕНОВ**

**Аннотация.** В данной статье дается представление о психологическом алгоритме преодоления страха у спортсменов. Предлагается: исследовать страх как объект; не давать волю негативным мыслям; изложить модель тревоги, модель страха на бумаге, и пр.

**Ключевые слова:** преодоление, страх, травма, спортсмены, психология, тревога.

### **Введение**

В любом виде спорта каждый спортсмен подвержен риску получить травму. Травма является стрессом для спортсмена, она оказывает влияние на самоотношение спортсмена, его отношение к своему тренеру, к своей спортивной деятельности, спортивной карьере.

Травмированный спортсмен становится жизненно дезориентирован, он испытывает чувство тревоги, страха, неопределенности. Он начинает переживать, что травма может сильно повлиять на его спортивную карьеру, на неопределенный срок лишит его возможности присутствовать на тренировочном процессе, выступать на соревнованиях. Существует значительное количество спортсменов, которые тревожатся по данному поводу, их пугает вероятность преждевременного окончания спортивной карьеры.

Травмируемый спортсмен остро переживает за то, что его физические показатели падают, он начинает отставать от своих партнеров по команде, соперников.

По возвращении спортсмена в спортивную жизнь стресс от пережитой травмы мешает полноценно тренироваться, работать с полной отдачей. Это

объясняется тем, что у человека появляется страх травмироваться снова. Он помнит, насколько проблематично было его физическое и психологическое состояние в период восстановления после первичной травмы, и на тренировках начинает вести себя с излишней аккуратностью, скрупулезно отслеживать изменения во внутреннем физическом и психологическом состоянии, старается всячески избегать риска получения очередной травмы.

### **Основное содержание исследования**

Из-за стресса, вызванного страхом заново травмироваться, спортсмен рассредотачивается, тем самым только повышая вероятность травмироваться снова. Для некоторых спортсменов страх травмироваться настолько велик, что это становится причиной, по которой они бросают спортивную деятельность. По причине несовладания со психоэмоциональным состоянием спортсмены оказываются в психологическом тупике и никак не могут показать достойные результаты даже на тренировочном процессе.

Страх повторной травмы у спортсменов зачастую связан с тем, что спортсмены боятся движения как такового. Это объясняется тем, что спортсмен ощущает свое тело уязвимым и предрасположенным к травматизму. Именно страх повторно получить травму и боязнь движения являются основными причинами, из-за которых люди уходят из профессионального спорта. Боязнь вторично травмироваться снижает двигательную активность спортсмена, понижает его выносливость.

У спортсменов, имеющих опыт получения травм, уровень тревожности более высокий, нежели у спортсменов, которые ранее не получали травм.

Ранее травмируемые спортсмены, вернувшись в тренировочный процесс, начинают мысленно акцентировать свое внимание на той или иной поврежденной части опорно-двигательного аппарата, боясь травмироваться снова. Когда спортсмен встревожен из-за полученной травмы, это эмоциональное состояние оказывает влияние на процесс его восстановления. Мы выделяем несколько способов восстановления спортсмена после полученной травмы. В ситуациях, когда спортсмен четко видит перед собой картину успешного прохождения реабилитационного процесса, и эта картина совпадает с его физиологическими улучшениями, уровень его тревожности заметно снижается. Однако в большинстве случаев данное улучшение ситуативно и происходит в сам момент переживания у спортсменов, а личностная тревожность все же остается на высоких показателях. Спортсмены, у которых личностная тревожность высокая, более подвержены состоянию депрессии.

Уровень тревожности напрямую влияет на реабилитационный процесс спортсмена, а именно, согласно Л.А. Маликовой и Ю.В. Байковскому: «оказывает негативное влияние на спортивные результаты во время трени-

ровок и соревнований; приводит к повышенному риску получения травм; задерживает и затрудняет процесс реабилитации после травм; увеличивает риск последующей повторной травматизации во время тренировок и соревнований» [10, С. 78].

### **Психотехнология**

Можно предложить следующий психологический алгоритм по преодолению у спортсменов страха получения травмы.

**1.** Исследовать страх как объект. Проанализировать частный опыт людей, которым доводилось сталкиваться с проблемой травмы, и удачно побороть свой страх, справиться с волнением. Опираясь этими знаниями, составить собственные утверждения, которые будут доказывать, что причин для сильных переживаний нет.

**2.** Не давать волю негативным мыслям. Постараться абстрагироваться от плохих мыслей, переключиться, подумать о чем-то другом, что будет приносить положительные эмоции. Данный способ эффективен, так как благодаря уходу от тревожащих сознание мыслей, подсознание получает сигнал о том, что в сильной эмоциональной реакции нет надобности, поскольку ничего особенного не происходит.

**3.** Изложить модель тревоги, модель страха на бумаге. Предвидеть ситуацию, что страх может сбыться, и заблаговременно составить план действий. Написать конкретные действия, которые необходимо будет предпринять для преодоления страха. Благодаря такому подходу, показатели страха травмы в спортивной деятельности с каждым разом будут уменьшаться.

### **Выводы**

Представленный алгоритм борьбы со страхом травмы эффективен, однако, бывают случаи, когда страх у спортсмена настолько велик, что он перерастает в более сильную форму страха – фобию. В данном случае спортсмен не может самостоятельно справиться с чувством тревоги, и ему необходима помощь со стороны 3-го лица. В первую очередь, это спортивный психолог, реабилитолог, тренер, люди, которые напрямую взаимодействуют с личностью спортсмена и принимают активное участие в его спортивной карьере. Данные специалисты, коммуницируя со спортсменом, дают ему рекомендации по скорейшему восстановлению в процессе реабилитации, информируют спортсмена о планах и задачах, которые намечены на определенных этапах подготовки к соревнованиям, тем самым, не давая спортсмену упасть духом, приводят спортсмену примеры практического опыта травматизма из своей практики, что положительно влияет на мотивацию спортсмена к оздоровлению.

Для преодоления страха перед первичной или повторной травмами спортсмену крайне важна работа со спортивным психологом. Благодаря взаимодействию с психологом, спортсмен лучше познает себя, свое психоэмоциональное состояние. Он лучше начинает понимать проблему, с которой столкнулся, в частности, получение травмы. У него улучшается психоэмоциональное состояние, тем самым снижается тревожность. С помощью психолога спортсмен начинает по-другому смотреть на сложные сложившиеся ситуации, которые изначально казались ему безвыходными, и т.д. Благодаря всему вышесказанному, спортсмен получает полезный опыт, и это помогает ему стать психически устойчивым к трудным ситуациям в спортивной карьере.

### **Заключение**

При работе со спортсменом, чтобы решить его проблемы, психологи часто применяют психотерапевтические техники, такие, как идеомоторная тренировка, релаксационные, дыхательные, концентрационные и многие другие. Данные техники зачастую применяются для того, чтобы помочь преодолеть спортсмену страх перед получением травмы.

Также для снятия тревожности у спортсменов, получивших или боящихся получить травму, используются поведенческие техники, например «Десенсибилизация». Данная техника помогает спортсмену достигать поставленной цели постепенно, пошагово. Спортсмен, получивший ранее травму и вернувшийся к тренировочному процессу, начинает беречь себя во время выполнения упражнений, опасаясь получить повторную травму. В данном случае спортсмену предлагается постепенно включаться в тренировочный процесс. Сначала необходимо выполнять упражнения, которые ему даются с преодолением, но с незначительными затратами сил, и только после того, как спортсмен начинает выполнять то или иное упражнение без усилий и дискомфорта, немного увеличить нагрузку, и так поэтапно, давая все более сложные упражнения. В конечном итоге спортсмен возвращается к привычной ему нагрузке и приравнивается к своим привычным физическим данным.

Таким образом, страх спортсменов перед травмой можно расценивать с разных сторон. С одной стороны, это большая проблема в спортивной карьере человека – чувство тревоги и переживания первичной или повторной травмы не дают спортсмену работать с полной отдачей, тем самым снижая его перспективы в спортивной деятельности, в его карьере. С другой стороны, страх играет роль защитного механизма, так как переживающий получить травму спортсмен оберегает себя, сохраняя свое здоровье. На сегодняшний день есть много способов по преодолению страха перед получением травмы, и, если спортсмен правильно их применяет, это по-

могает ему быстрее вернуться в свою профессиональную деятельность и дальше добиваться новых достижений и побед, прежде всего над собой.

### Литература

1. Василюк Ф.Е. Психология переживания: Анализ преодоления критических ситуаций / Ф.Е. Василюк; [Предисл. В. П. Зинченко]. – Москва: Изд-во МГУ, 1984. – 200с.
2. Донцов Д.А., Донцова М.В. Виды и содержательные особенности психологического консультирования / Д.А. Донцов, М.В. Донцова // Научные исследования и образование. 2017. – № 3 (27). – 15-17с.
3. Донцов Д.А., Донцова М.В. Возрастно-психологическое и психолого-педагогическое психологическое консультирование / Д.А. Донцов, М.В. Донцова // Научные исследования и образование. 2017. – № 3(27). – 15-17с.
4. Донцов Д.А., Донцова М.В. Индивидуальное и групповое психологическое консультирование / Д.А. Донцов, М.В. Донцова // Научные исследования и образование. 2014. – № 12. – 5-7с.
5. Донцов Д.А., Донцова М.В. Интимно-личностное психологическое консультирование / Д.А. Донцов, М.В. Донцова // Научные исследования и образование. 2013. – № 6. – 8-10с.
6. Донцов Д.А., Донцова М.В., Поляков Е.А. Современное психологическое консультирование: понятия, процесс, психотехнологии, виды. Учебное пособие для студентов психолого-педагогических направлений подготовки [Текст] / Д.А. Донцов, М.В. Донцова, Е.А. Поляков. Под науч. ред. Л. Б. Шнейдер. Под общ. ред. Д. А. Донцова и Е. А. Полякова. Ответственный редактор Д.А. Донцов. – М.: АРКТИ, 2017. – 184с.
7. Донцова М.В., Донцов Д.А. Поэтапная методика психологического консультирования как процесса / М.В. Донцова, Д.А. Донцов // Методология современной психологии. 2017. – № 7. – 64-75с.
8. Донцова М.В., Сенкевич Л.В., Поляков Е.А., Седых Р.К. Основы психологического консультирования / М.В. Донцова, Л.В. Сенкевич, Е.А. Поляков, Р.К. Седых. Под. науч. и общ. ред. Д.А. Донцова. – Санкт-Петербург: Речь, 2013. – 224с.
9. Козлов В.В. Работа с кризисной личностью: [методическое пособие] / В.В. Козлов. – Москва: Психотерапия, 2007. – 332с.
10. Маликова Л.А., Байковский Ю.В. Психологические факторы, обуславливающие успешность реабилитации спортсменов с травмами конечностей // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2023. Т. 11, № 1(40). – 72-82с.

11. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И.Г. Малкина-Пых. – Москва: Эксмо, 2008. – 925с.
12. Меновщиков В.Ю. Психологическое консультирование: Работа с кризисными и проблемными ситуациями: [Учеб.-метод. пособие] / В.Ю. Меновщиков. – Москва: Смысл, 2002. – 182с.
13. Поляков Е.А., Донцова М.В., Донцов Д.А. Классификация видов и форм психологического консультирования / Е.А. Поляков М.В. Донцова, Д.А. Донцов // The Tenth International Congress on Social Sciences and Humanities : Proceedings of the Congress, Vienna, 02 апреля 2017 года. – Vienna: «East West» Association for Advanced Studies and Higher Education GmbH, 2017. – С. 58-64.
14. Рыжов Б.Н., Донцов Д.А., Донцова М.В., Сенкевич Л.В. Психология личности. Учебное пособие для студентов бакалавриата, специалитета и магистратуры психологических специальностей и направлений подготовки. 2-е изд., доп. / Б.Н. Рыжов, Д.А. Донцов, М.В. Донцова, Л.В. Сенкевич. – М.: КноРус, 2019. – 357с.

**Поляков Евгений Анатольевич**

## **ПСИХОТЕХНИКА «ПРЕДМЕТ В ТЕЛЕ» В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ РИЛИВ-ПОДХОДЕ**

**Аннотация.** В данной статье представлена рилив-терапия в качестве нового, однако уже зарекомендовавшего себя подхода в психотерапевтической научной методологии, методике и практике; выявлена актуальность и практическая значимость рилив-терапии как нового направления и способа осуществления психологического консультирования и неклинической психотерапии; проанализированы психотерапевтические теоретические и практические основы психологической работы методом рилив-терапии; а также подробнейшим образом рассмотрена психотерапевтическая техника «предмет в теле», показанная в качестве одной из психотехнологий рилив-терапии.

**Ключевые слова:** психологическая терапия, психотерапия, немедицинская (неклиническая) психотерапия, рилив, рилив-терапия, рилив-психотерапия, психотехника «предмет в теле».

### **Введение**

*Понятие «рилив-терапия», актуальность рилив-психотерапии, психотерапевтическое наблюдение в ходе рилив-терапии.*

**Понятия «рилив» и рилив-терапия (рилив-психотерапия)** [10–20, 22–25]. Раскроем понятие «рилив» («relive»). Слово «relive» является

английским глаголом и буквально означает «вновь переживать», «возродиться». Глагол «relive» («рилив»), наряду со значениями «снова вернуться к жизни», «возродиться», имеет такие значения, как «оживить в памяти», «вновь пережить». Мы применяем и используем термин «рилив» («relive») в качестве комплексного обозначения психологических аспектов позитивного восстановления внутриличностных психических компонентов и социально-психологических личностных структур человека в процессе психологического консультирования и психологической (немедицинской) психотерапии.

Глубинные чувства и мотивы, смысл жизни, страх смерти, неудовлетворенность жизнью, семейными отношениями, родительско-детскими отношениями, браком, мучающая ревность, предательство, чувство вины и/или стыда, неразделенная любовь, потеря родных, утрата близких ... Такие проблемы «с кондачка» и «с наскака» никогда не решаются. Когда уже невозможно «убегать» и/или «прятаться» от своих внутриличностных проблем, – только тогда, как правило, «наш» человек оказывается готов обратиться к профессиональному психологу-консультанту как к специалисту.

Мы полагаем, что максимальная цель психологического консультирования – помочь человеку быть синтонным (самоидентичным, максимально соответствующим самому себе как личности), помочь человеку обрести душевный покой и гармонию с самим собой, с окружающими его людьми и с окружающим миром, то есть, фактически, – обрести счастье.

***Актуальность рилив-терапии (рилив-психотерапии)*** [10–20; 22–25].

Разум человека можно представить в виде гигантского мегаполиса, и в идеальной физиопсихической норме он работает отлаженно и четко, как механизм швейцарских часов. Но социальные проблемы, душевная боль, разнообразные страхи и тревоги – существенно мешают карьерному росту, создают трудности в общении с людьми, провоцируют сложности в семье и даже проблемы со здоровьем.

Отметим, что многие «наши» люди почему-то думают, что все их психологические проблемы, особенно те проблемы, которые уже осознаны ими как их проблемы, со временем сами собой разрешатся, а не усугубятся. К великому сожалению, это не так. Здесь, время, к большому сожалению, «работает» не на разрешение, на углубление проблем. Намного целесообразнее не «ждать у моря погоды», а вовремя обратиться к профессиональному психологу-консультанту. Его ключевая задача, как специалиста, как раз и состоит в том, чтобы оказать каждому обратившемуся к нему человеку квалифицированную психологическую помощь, профессионально осуществить совместно с клиентами, какими бы личностно разными они ни были, психотерапевтическую работу. Психолог-консультант должен создать у клиентов такую психологическую настроенность, которая

приведет к разрешению их личностных психологических проблем, затрудняющих жизнь и деятельность любого человека.

Основа психологического консультирования – это базовые методы и приемы психологической работы с клиентами, и основополагающие психотерапевтические технологии, на которых строится вся профессиональная практическая деятельность психолога-консультанта. В современном быстро меняющемся окружающем мире и социуме нужны действенные психотерапевтические средства, такие как «рилив-терапия».

Итак, для рассматриваемого направления психологического консультирования нами выбрано наименование «рилив-терапия» от английского «relive», – «оживить в памяти». Это название (наименование) в точности отражает процесс применяемой нами терапии. Для получения психотерапевтического эффекта нам достаточно оживить в памяти клиента все значимые события из его жизни, так или иначе связанные с психологической проблемой клиента, чтобы эта проблема была решена и перестала быть проблемой.

Мы понимаем рилив-терапию в качестве нового психотерапевтического метода, способа глубокого психологического консультирования клиентов, являющегося актуальным в силу своей универсальной эффективности в современных напряженных психосоциальных условиях, вызванных пандемией Covid-2019, её последствиями, а так же имеющихся в силу СВО и ее социальных следствий.

*Психотерапевтическое наблюдение в рилив-терапии* [10–20; 22; 23; 24, С. 145-158; 25]. Фиксация текущего психического, психологического, психосоциального и социально-деятельностного состояния клиентов проводилась нами методом включенного систематического стандартизированного наблюдения.

По форме проведения исследования мы осуществляли прямое исследовательское наблюдение, применяли его в качестве практического психологического метода накопления данных.

По содержанию, по научной направленности исследования, мы исследовали человека как индивидуальность, как личность.

Цель наблюдения: изучение поведения и деятельности испытуемого в условиях психотерапевтической работы с ним, выявление эмоциональных реакций субъекта, выяснение его чувственных отношений к действительности и т.д.

Вид (параметры) наблюдения: внешнее, стандартизированное, включенное, систематическое.

Наблюдение по приведенной ниже схеме осуществлялось перед началом психотерапевтической работы с клиентом на первой (предварительной) встрече с ним, затем через каждые 15 астрономических часов

психотерапевтической работы в ходе очередной консультации и после завершения психотерапевтического процесса в рамках завершающей части беседы.

Наблюдателем являлся лично сам психотерапевт, от лица которого и были составлены все протоколы стандартизированного наблюдения. Схему наблюдения (протокол наблюдения), разработанную нами на основе весьма многолетнего опыта, мы приводим в нижеследующей Табл. 1.

**Таблица № 1**

**Протокол ведения стандартизированного систематического наблюдения за психологическими и «деятельностными» реакциями субъекта (субъектов) в процессе психотерапевтической работы»  
(авторы: Е.А. Поляков, Д.А. Донцов)**

1. Объект внимания клиента	
2. Жалоба, запрос клиента	
3. Высказывания клиента, его оценки всего окружающего	
4. Действия, экспрессивные реакции, вся видимая невербалика клиента	
5. Вид, форма эмоций, чувственные отношения клиента к окружающим людям	
6. Когнитивное отношение клиента к проблеме, его умозрительные оценки, включая т.н. матрицу игнорирования	
7. Интернальная или экстернальная направленность личности клиента и ее динамика	
8. Высказывания клиента относительно его первичного запроса, готовность клиента к действию по данному запросу и его готовность действовать в отношении заявленной им проблемы (проблематики)	
9. Новый запрос клиента (если он есть), уточнение исходного запроса в контексте изменения отношения клиента к выявленной его центральной психологической проблеме	

**Основная часть исследования**

*Психотерапевтическая техника «Предмет в теле» в качестве одного из психотехнологических инструментов рилив-терапии [10–20; 22–25].*

Итак, так называемый «Предмет в теле». *Техника применима для работы с ощущениями, психосоматическими проявлениями, тревогами, нелокализованными восприятиями. Когда она применяется? Ее можно применять даже на первой сессии. Основная задача – боль, жалобу превратить в объект и довести его до полного исчезновения. Эта психотехника не энологична.*

Саму данную технику как таковую предложил А.Ф. Ермошин [7], Е.А. Поляков её доработал с тем, чтобы она стала более сильной, но после этого она также стала и более агрессивной. Мы её используем тогда, когда

есть телесный отклик проблемы у клиента, – транзиторные ощущения, напряжение, тяжесть, и это четко очерченные предметы.

Как пишет автор техники «Вещи в теле» А.Ф. Ермошин: «... Вещи в теле... Сразу хочу сказать, что речь не идет о вещах, забытых хирургом в полостях тела больных, а о предметах в «теле» сознания. И те предметы, которые там «забывает» человек – это не тампоны или скальпели, а злость и обида, разочарование и скорбь, ревность и беспокойство. Эти предметы нельзя увидеть с помощью рентгена, но от этого их губительное воздействие на здоровье не меньше» [7, С. 6].

От себя отмечу то, что данную технику «Предмет в теле», как я, Поляков Евгений Анатольевич, её называю, можно применять всегда, вплоть до того, что даже и на первой психотерапевтической сессии с клиентом. Надо отметить, что эта техника «копает» очень глубоко, и если у человека есть телесные ощущения или отзвы, то надо начинать с них, потому что мы сразу поднимем очень глубокий пласт. Но здесь есть и сложность – техника не экологична, и после ее применения у человека может быть депрессия, какой-то депрессивный эпизод на следующий день или через день, спад эмоциональный и физический, и мы должны, конечно же, об этом предупредить, в противном случае человек не будет понимать, что с ним происходит, ведь он на это не соглашался и получил себе «подарок». Поэтому мы предупреждаем клиента, что техника сильная, однако, ему необходимая, и даст хороший результат, но возможны определенные последствия.

Практически все психологические травмы у человека имеют некий психосоматический подтекст. Если вы посмотрите НЛП-техники, – они практически любую проблему научились сводить к телесному отпечатку, они это называют частями (другая терминология). [1] Поэтому какую-то очень интенсивную проблему можно попробовать локализовать в теле, задавая вопросы: где это находится? ощутите, откуда идет эмоция? откуда идет ощущение? и т.п.

Техника называется «Предмет в теле», однако этот психический предмет может быть и вне тела, может быть кокон вокруг тела, может быть из тех случаев, что были у меня, яркое солнце, как предмет в теле, или какой-то объект. Самые веселые предметы в теле: маленькое животное, причем животное абсолютно непонятного рода-племени, что-то мохнатое, причем мне клиентка позвонила и говорит: «Слушайте, я еду в машине, а оно сидит рядом и еще и пытается разговаривать. Я схожу с ума»? Я говорю «... нет, Вы не сходите с ума, это техника по диссоциации травмы, как наше сознание или бессознательное эту травму для себя нарисует – совершенно неважно». Потом, на следующей сессии, когда мы с этим животным уже доработали, оно исчезло, появилась новая проблема – я за неделю уже привыкла к нему, теперь вы меня лишили друга. Еще одна травма. Предметы

бывают самые разные. У моей одной клиентки были глаза в ушах, которые смотрели, какие звуки пропускать, а какие не пропускать. В этом случае единственное, что надо – это успокоить нашего клиента, что с ума он не сходит. Конечно, если он скажет это своему психиатру, то его быстренько определят на лечение, но это не так, если человек понимает, что мы делаем, с чем мы работаем, то к психиатрии это не имеет отношения. Если, конечно, он включит его (свой «идеальный» предмет) в какие-то бредовые конструкции, то это не наш клиент, видимо, тут нужен психиатр. Поэтому то, что я сказал, – либо уже есть такой отпечаток, либо его можно пытаться сформировать. Опыт показывает, что часто бывает можно это сделать, и тогда, когда такой предмет уходит от клиента, часто в его жизни что-то меняется достаточно радикально, потому что «предмет» – это обычно 4-5-10 психотравм, которые склеились вместе в одно образование. И когда мы его разобрали – соответственно, мы с этими травмами разобрались и опять же, если это даже выглядит для человека, как твердый предмет, значит, травма очень сильная.

Теперь конкретно по процедуре осуществления психотехники «Предмет в теле» как психотерапевтического алгоритму.

#### ***Процедура. Описательный этап.***

*Основная цель описания здесь, – это визуализация телесных ощущений, тесный контакт. Надо взять этот травматический опыт, превратить его в предмет, посмотреть, поиграть. Цель и задача человека – получить некоторый полезный опыт.*

**1. Локализация ощущения.** *Максимально точно описать место нахождения объекта и его размеры.* Мы локализуем это ощущение. Сначала мы человека просим максимально точно сказать, где это находится – в груди, в голове. В голове где – ближе ко лбу, к затылку?

**2. Мы спрашиваем о функциях этого ощущения:** *какие функции он («предмет») выполняет, что он делает (давит, обжигает, как-то воздействует физически).* Подчеркиваю: как он (предмет) воздействует на человека – давит, обжигает; он подвижный – не подвижный и пр.

**3. Описание параметров:** *вес, температура, цвет, форма, размер. Может быть не тяжесть, а вакуум, там отрицательная масса. Поверхность – гладкая, шероховатая, липкая, противная, грязная. Какой он внутри, однородный или составной, полости, жидкость. Материал. Может быть туман, кисель, сталь, камень...* На описательном этапе мы выясняем все физические характеристики этого психологического «предмета», – это вес, температура, форма, размер, цвет, температура, которая может быть нейтральная, высокая или низкая. Вес может быть отрицательным (предмет легче тела и пытается всплыть, поэтому ощущение давит вверх, а не вниз). После того, как человек смог определить массу, а человек часто го-

ворит: «Я не знаю, сколько он весит», тогда отвечаем: «Как Вам кажется, что приходит в голову, какие "видения"». Человек – «Ну грамм триста». «Хорошо. Цвет». Человек тоже говорит: «Не знаю». «Ну как Вам кажется». «Почему-то мне кажется, что он бордового цвета». «Хорошо, значит пусть он будет бордового цвета». После этого можно представить поверхность. «Представьте, что Вы его трогаете руками. Какая у него поверхность? Гладкая, липкая, вязкая?». На этом этапе человек часто говорит, например, это металлический шар или металлическая пластина. После того, как он поверхность почувствовал – спрашиваем, из какого материала его внутренний «предмет» состоит. Это может быть все, что угодно – жидкость, туман, пластик, резина. После этого можно еще раз спросить про форму, и тут уже у вас появляется очень четкая форма. Человек вам говорит о каком-то конкретном предмете.

**4. Выявление вторичной выгоды (в этом случае – психологической выгоды от наличия данного предмета). Как этот объект влияет на поведение человека.** Необходимо выявить вторичную выгоду этого предмета. Если вторичная выгода есть – человек нам его не отдаст, просто не отдаст. И тут очень интересный подход. Это начало я взял у З.В. Луковцевой [8], а не у А.Ф. Ермошина [7], потому что у него техника описана в целом, во всей его книге, она не особо выделена, а надо собирать всю информацию. «Как этот предмет влияет на Ваше поведение?». «От чего он ограничивает, прежде всего?». Чаще всего бывает: «Он меня вгоняет в депрессию, и я не могу, например, общаться со своими знакомыми». Хорошо. Значит, вторичная выгода будет в том, чтобы не общаться со своими знакомыми. То есть человек не хочет этого, и предмет ему в этом помогает. «А как Вы можете общаться / не общаться с ними, минуя этот предмет»? Часто на этом бывает протест «Ну как же, надо, это же родственники, родители». Планомерно объясняем человеку то, что если он сможет находить какие-то веские причины для отказа от этого предмета, то потребности в этом предмете не будет, и не будет, например, потребности в головной боли. Кто вам мешает сказать, что у вас болит голова, но пусть она не болит. Вот согласитесь с этой идеей, согласитесь, что вы можете так действовать, что вы можете сказать не совсем правду, но тогда вы не будете страдать. Или, например, когда мне надо выступать перед аудиторией, у меня сразу схватывает живот, и какой-то узел завязывается. Что надо сделать? Надо научиться выступать перед аудиторией, надо взять работу, десенсибилизировать старые ситуации по работе с аудиторией, но мы это поставим в план. А до этого момента просто разрешите себе не выступать перед аудиторией, или согласиться с тем, что вы можете делать это плохо. Согласитесь на это и все. Вот как получится – так и получится, лучше или хуже все равно не будет. Если человек на это идет, то, соответственно,

вторичные выгоды уже уменьшаются, ослабевают, и потребности в этом предмете уже такой явной нет.

##### *5. Оценка затрат жизненных сил. Жизненные силы надо тратить!*

Оценка затрат жизненных сил, которые забирает этот предмет. Когда вы задаете человеку вопрос, сколько жизненных сил в процентах он забирает, вы, как правило, получите ответ – 80%, 70%, то есть он пожирает практически все психологические ресурсы. О чем это говорит? Это говорит о том, что человеку их некуда потратить. Жизненные силы надо тратить – чем больше вы их расходуете, тем больше их у вас будет. Если вы свою энергию и свои силы никуда не тратите – природа не любит ни пустоты, ни излишеств, куда-то это все дело пойдет. Пойдет на подпитку травм, неприятных состояний, причем здесь надо добиться от клиента, куда прямо сейчас он готов их потратить, что он хочет сделать. Не так, чтобы «ну хорошо бы там сесть учить язык». Ну «хорошо бы там...», а вы сядете сейчас его учить или нет? И здесь еще один момент, который тоже надо понимать и донести до клиента – жизненные силы можно тратить где угодно, вы их можете тратить отдыхая, но что для этого должно быть? Вы должны уйти в отдых с головой. Лечь и отдаться этому отдыху, а не то, что «мы лежим отдыхаем, думаем про проблемы на работе, что диссертация не дописана, кто-то будет ругаться, кто-то ждет звонка». Это такое народное средство «кукиш в кармане». Для всех «кукиш» – я отдыхаю. Отрезать все дела. Это рекомендация обычно идет в детской терапии и работе с детьми – одно действие идет в одну единицу времени. То есть если ребенок делает уроки, то он делает уроки. Никогда не говорим – так, ты делаешь уроки, потом кушать и потом пойдешь гулять. Сейчас делаем уроки. Сделали уроки. Хорошо. Идем кушаем. То же самое относится и к взрослым, абсолютно то же самое. Если вы возьметесь в одну единицу времени делать одно дело, ваша жизнь изменится радикально. Она станет настоящей жизнью. Моете тарелку, и пусть весь мир подождет – есть я и тарелка. Получите от этого удовольствие. Вы все равно это делаете. Что происходит сейчас – музыка орет, телевизор что-то показывает, с кем-то разговариваете, мыслями вообще далеко – все, вы размазаны, ваши ресурсы все разбросаны, они не расходуются, и мы навлекаем на себя очень серьезные проблемы. А так, моем тарелку – значит, телевизор выключен, кушаем – значит, мы кушаем, разговариваем – значит, мы разговариваем. И при таком подходе к жизни количество проблем станет минимальным, сил станет много, жизнь будет прекрасна. Попробуйте как тренинг. Проводился эксперимент, когда отобрали подростков и их ждали какие-то огромные призы, если они проведут день спокойно, при этом нельзя пользоваться телефоном, телевизором, всеми такими вещами. Можно было брать книжки, заниматься своими делами, но ни с кем не общаться, ничего не смотреть. Максимально,

сколько продержались некоторые подростки, это 4 часа. Многие сошли с дистанции в течение получаса, потому что «с ума сошли» (кто бы им мешал взять почитать книжку, как-то себя самоорганизовать, а не получается). Вот этот вопрос тоже надо очень активно проговаривать с человеком, чтобы он выработал желание что-либо делать, что-то реальное. Пусть это будет мелочь, пусть бархаткой отполирует свою машину, погладит с удовольствием кота, но так, чтобы вложиться в это действие на 100%. *Вопрос:* ну можно же мыть посуду и слушать какую-то интересную лекцию? Да. На первый взгляд это кажется очень полезным – в машине можно тоже слушать. Но надо свести эти вещи к минимуму. И с одной стороны, вы слушаете интересную лекцию, или какой-то интересный фильм смотрите. Но наблюдайте за реальной жизнью, мы же часто мусор слушаем, включили первый канал и давай слушать, что там происходит. Надо находить какие-то куски жизни, где вы будете заниматься чем-то одним. Для этого, кстати, очень хорошо помогают все упражнения из обучения по первому модулю «Рилив-терапии» [16], – закрытые глаза, зрительный контакт, на третьем модуле обучения «Рилив-терапии» [16], – упражнение из Ф. Перлза [9], и опять же на физический контакт, все психологические упражнения, которые мы делали, – они помогают нам находиться больше здесь и сейчас. С одной стороны, мы управляем своим поведением и организуем свою жизнь так, чтобы не расплыться, с другой стороны, эти упражнения помогают нам достигать этого результата. Ложитесь отдыхать – значит, отдыхаете. Надо подумать, что делать завтра – то есть проблема в том, что 90% нашей деятельности не целенаправленны, поэтому деятельность бессмысленна, она как жвачка. То есть идет, что идет. Вы решили «на завтра надо составить план» – сели его составили, а дальше ложитесь отдыхать, а чаще кажется, что если пятью делами одновременно заниматься, то в пять раз больше успете, а по факту получается, что нигде ничего толком не сделали. Тут вообще, в принципе, надо управлять своим пространством и временем. Если вы одно дело начали – бросили, начали – бросили, начали – бросили, оно так и не будет сделано, а времени будет потрачено очень много. Поэтому начинаете – планируете, сколько времени на это надо, все остальное в сторону, и только этим делом занимаетесь. Кто писал диплом, ВКР или серьезную курсовую работу, – тот знает, что ее можно писать бесконечно. Вроде бы сидите что-то читаете, а результат нулевой. Время потрачено, силы потрачены, расстройство налицо, а пользы нет. Поэтому вот эти пункты – вторичная выгода и расходование жизненных сил – они крайне важны. Вот у Ф. Перлза [9] это все хорошо очень описано, что мы пытаемся информационный наркотик использовать, чтобы не присутствовать в настоящем, ничего не делать, не жить. [9] Человек на 70% мертв и только перемещает свое тело из одной точки в другую. [9] А надо поме-

нять эту пропорцию и ориентироваться на целенаправленность. Сначала это очень тяжело, но постепенно это начинает получаться.

**6. Живой или не живой** этот объект?

**Знает ли он, что мы за ним наблюдаем? Как он к этому относится?** (если бы он знал и ответил). «Нравится или не нравится».

Можно спросить живой этот предмет или не живой. Некоторые люди приходят в жуткое замешательство, когда выясняют, что тараканы, о которых говорят, что они в голове, они на самом деле как живые, они там «бегают».

Знает ли он, что мы за ним наблюдаем? Этот вопрос больше диагностический. Если предмету не нравится, что мы за ним наблюдаем, это значит, что сопротивление очень маленькое, и мы легко с ним справимся. Если ему все равно – это значит, что сопротивление присутствует, и надо будет побороться; если же предмету нравится, что о нем говорят, за ним наблюдают – это значит, что предмет очень нужен вашему клиенту, сопротивление будет очень сильным, и поэтому надо уделить внимание как раз третьему и четвертому пунктам – вторичная выгода и расходование жизненных сил.

Если человек, как говорится, своё отстрадал и больше не нуждается в этом предмете – предмет часто разваливается от одного того, что вы на него посмотрели. Только что он был, только что была головная боль, была чугунная болванка в голове, и вы на описательном этапе уже пришли к тому, что он испарился. Следующий этап – это этап трансформации.

**Этап трансформации.** Объект может исчезнуть на любом этапе или пропасть на любом из шагов. Но здесь важно понимать: исчез ли он, или спрятался, иногда предметы умеют прятаться. Еще один очень хороший для нас момент: что если предмет мы сформировали и он появился, то человек сам с него уже никуда не уйдет, человек его сам, как правило, не теряет, с одной стороны. С другой стороны, все воспоминания, которые возникают, уже четко связаны с этим предметом, потому что мы на него поместили внимание и энергию, все ассоциативные связи начали подниматься в сознании из бессознательного.

Человек скажет сам, потому что к этому моменту у него уже очень сильный контакт с объектом.

**7. Наблюдение за объектом.** На этом шаге предмет может прийти в движение, как-то изменяться, то есть мы начали с одного, а к этому моменту он стал уже меньше, больше, изменил форму, цвет. Мы все это наблюдаем, рассматриваем, и клиент нам должен все это рассказывать. Постоянно спрашивайте, что происходит с предметом. Он может светиться, двигаться, вибрировать, меняться в размерах, менять форму.

Следующий шаг из гештальта. [9] Не все к этому готовы, не все клиенты это могут сделать, и далеко не все клиенты любят гештальт. [9] Они вскакивают и пытаются убежать, но такова жизнь и работа над собой.

8. 1. Разговор с предметом. 2. Станьте этим предметом и дайте монолог от его имени. 3. К этому моменту обычно появляется парный объект, и они могут поговорить между собой. С предметом можно поговорить. Клиент задает вопрос клиенту и с удивлением понимает, что получил от него ответ. Предмет может рассказать, что он делает, с позиции НЛП [1], все, что происходит с человеком, исключительно благоприятно для него, человек всегда выбирает самое лучшее для себя, лучшую форму поведения, действий из всех возможных. Поэтому, если с позиции НЛП [1], предмету задается вопрос: «Что ты для меня делаешь “хорошего”». Он говорит: «Ну вот вызываю у тебя депрессию». «Хорошо, а чем мне это поможет», и предмет начинает выдавать какие-то умозаключения, расчеты. Например, у тебя будет болеть голова, и ты сможешь не идти на работу и полежать отдохнуть, или поехать к маме, пожаловаться, чтобы она тебя пожалела. И такого плана какие-то очень детские вещи могут выплывать. Второй пункт – он более радикальный, – станьте этим предметом, расскажите о себе. Это тоже техники гештальта [9]. Ваш клиент становится медиумом и просто рассказывает, что говорит и о чем думает этот предмет. Мало у кого эти техники проходят, но если ваш клиент способен, то это неплохо. И тут один вопрос: можете или не можете? И вы сразу увидите по первой реакции: человек на вас посмотрит, как на идиота, и скажет: «Вы в своем уме, как я с ним буду разговаривать?!». Или же, наоборот, вы только упомянули об этом, а он уже пошел с ним беседовать. Разумеется, это все мысли самого клиента, какие-то травматические отпечатки, то, что идет из бессознательного, он озвучивает. Тем не менее, это очень терапевтично. Может появиться еще один предмет. Часто они ходят парами. И вы выбираете один из них, работаете с одним из них, потом можете периодически переключаться на другой, опять же эти два предмета могут поговорить между собой, а ваш клиент озвучит, о чем они разговаривают. Иногда при этом выясняются потрясающие вещи, во всяком случае, человек удивляется очень сильно.

Трансформация по команде клиенту в другие предметы или извлечение из тела результата не даёт.

– Покраска в приятный белый цвет и в черный цвет, причем такой, который поглощает весь свет попеременно.

– Нагревание и охлаждение предмета.

– Сколько лет этому предмету. Цифра появится у человека в голове. Что происходило тогда?

– Увеличивать объект в размерах можно. Человек при этом может его лучше рассмотреть, лучше войти в контакт, получить какие-то ассоциации.

Следующий шаг трансформации. Что тут можно сделать. Красить попеременно в белый и черный цвет. Что происходит, когда мы его красим

в белый и черный цвет – мы или освобождаем его от бессознательного (когда в белый цвет красим), или, наоборот, позволяем бессознательному его заполнить, потому что чернота – это бессознательное. Здесь бывают интересные моменты – покрасили в белый цвет, и вдруг ваш предмет превратился, например, в елочную игрушку. А вот это уже интересно. Елочная игрушка, понятно ассоциируется с новым годом, с чем-то еще подобным, и вопрос – была ли такая елочная игрушка в вашей жизни? И человек мгновенно отвечает, был вот такой реальный случай, в 8 лет новый год, у меня бьется эта елочная игрушка. А почему бьется? В этот момент родители устроили скандал, выясняют отношения, новый год испорчен. То есть мы нашли травму, мы ее отработываем, полностью используя весь наш инструментарий, мы в травме разобрались, возвращаемся обратно к предмету, а он там уже уменьшился, изменился, то есть это уже не елочная игрушка. Дальше красим в черный цвет – тоже может приобрести понятные очертания, что-то понятное, что-то нет, обычно несколько раз красим в белый-черный, пока что-то происходит. Когда больше трансформаций нет, можно нагреть предмет, причем так, чтобы он докрасна раскалился. Потом поместить куда-то в космический холод или в ледяную прорубь. Особенно, если предмет был живой, клиенты могут возмущаться «как же так, у меня был цыпленок, а я его буду нагревать – он сгорит». И тут мы его нагреваем и показываем, что, если мы его нагреваем, даже можно на солнце поместить, а ему – ничего. Такое тоже возможно. Это говорит о сильном сопротивлении. Несколько раз нагреть – остудить. Предмет может при этом трескаться, рассыпаться. Наша цель – чтобы предмета не стало вообще, потому что во всех источниках, откуда это взято, говорится: «Ну вот мы с предметом поработали, пообщались, это уже хорошо». На самом деле, это слабенький результат.

Что можно дальше сделать, когда он уже никак не реагирует? Можно спросить, сколько лет этому предмету. И человек вдруг говорит: «20». Он может назвать две цифры – 20 и 30, например. И вы тогда человека спрашиваете, что было 20 лет назад, 30 лет назад, и человек четко перемещается в тот возраст и попадает в травму, которая там была, потому что все травмы, благодаря предмету, вибрируют и поднимаются. Но опять же, это в том случае, если нет какой-то чрезвычайно сильной вторичной (психологической) выгоды. Иногда цифры могут подводить, когда это 20 лет было не предмету, а 20 лет было человеку, например. Ещё иногда бывают другие чудеса – человек говорит, что предмету 400 лет. Хорошо, что было 400 лет назад, какая была ситуация, какая история вам видится? Человек начинает рассказывать про каких-нибудь рыцарей, про какие-нибудь перелеты. Значит, берете это, как травму, и работаете с ней, как с травмой. Ваша цель – стереть все восприятия, чтобы это перестало быть реальностью. После

того, как вы это сделали, человек говорит: «Что за чушь мне пришла?!». Ну пришла и ушла. Нет ее, и хорошо.

Возвращаетесь к предмету – и его может уже не быть. Если он еще есть – вы опять можете задать вопрос о возрасте предмета. Появится новая дата, вы «пойдете туда», потому что здесь не одна травма, а до 10. И по мере того, как вы все это распутываете, вы их убираете. Если предмет уменьшается и может стать маленьким, то вы его можете увеличить, чтобы было удобнее его рассматривать, исследовать. Остались песчинки – вы их увеличиваете, и оказывается, что это – бриллианты. Или рисовая крупа. И человек вспоминает, что когда-то была какая-то проблема в детстве: его заставляли есть или варить эту кашу, и он рассыпал, залез маме под руку или еще что-то, то есть какая-то история при этом происходила. Но наша цель – от предмета не должно остаться ничего, потому что, во-первых, если что-то остается от предмета, то те решения, те установки, которые были, тоже останутся, они никуда не денутся, то есть вы «эмоционалку» разгрузите, а когнитивные нарушения останутся. Кроме того, он может начать собираться заново. Не этот, а уже другой, но бывает, что вы к концу сессии доработали, он уже какой-то маленький стал, уже хилый, потом человек приходит на следующую сессию и говорит: «А вы знаете, а он уже развалился сам». Но он может и на следующую сессию остаться. Иногда бывает, что на следующую сессию человек приходит и говорит, что предмет остался, но он недоступен или еще что-то. Вы это отмечаете, потому что и через несколько сессий сможете снова на него наткнуться. Не всегда надо тут же его добывать, не всегда это получается. Но в подавляющем большинстве случаев его получается убрать.

*Парные объекты: создайте парный объект, и пусть они пообщаются между собой. Попробуйте понять, о чем они «разговаривают».* Что еще можно сделать? Можно создать парный объект, можно их создать несколько штук и работать с ними уже всеми. При этом наблюдается такая картина: предметы, которые он новые создал, – ненастоящие. А бывает, что они перепутываются, и он уже сам не понимает, где его, а где новые, которые он сам создал.

*На любом шаге мы можем возвращаться к любым предыдущим шагам.* На любом шаге описанного алгоритма можно возвращаться назад, на описательный этап, повторять этапы трансформации. Можно сделать их несколько, тут же всех их покрасить в белый – черный цвета, и они активны при этом начинают разваливаться и исчезать.

Предметы в теле совсем не безобидны. Если такой предмет находится где-то в теле у человека, что он делает? Он вызывает соматические нарушения, он вызывает нарушения иннервации. Он посылает какие-то сигналы в мозг, мозг не знает, как на это реагировать, он посылает тоже какие-то

неправильные сигналы, и человеку сначала кажется, что у него камни в почках, а потом они почему-то образовались на самом деле. У человека были мысли, что у него боль в желудке, но она потом из психосоматической стала органической, потому что происходят нарушения в работе какого-то органа. Поэтому обязательно надо все это убирать. Из таких интересных предметов, которые были – это маленькая девочка, которая живет внутри клиентки. Она там находится, живет своей жизнью и прячется от внешнего мира за телом клиентки. Долго мы с ней общались (такие психологические вещи достаточно тяжело поддаются терапии).

*Если человек уже «отстрадал своё», вам достаточно лишь прикоснуться – симптом исчезнет. Если человек еще не отстрадал всего, еще находится в процессе борьбы с симптомом – вам будет работать очень трудно.*

● *Иногда бывает критическая точка: мы поработали с предметом, он уже никак не трансформируется. Тогда можно оставить до следующей встречи и поработать с ним позже. Предмет может исчезнуть сам к следующей сессии.*

● *Предметы в теле не безобидны! Ноги налиты тяжестью – у него начнутся проблемы с ногами. Если он находит камушки, то потом камни обнаружатся в почках или в желчном пузыре. То есть сначала у нас эмоции генерализуются в телесные ощущения в образе какого-то предмета, потом они переходят уже на соматический уровень.*

● **От предмета не должно оставаться ничего, ни песочка, ни крошки.** Верно и обратное: если проработать симптом на уровне образа, организм начинает уходить.

● *Важно: когда мы работаем с предметом в теле, большие куски травмы могут остаться вне нашего внимания. Предмет исчез – связь с остатками травмы оборвалась, но это не значит, что травма ушла полностью, там еще что-то может оставаться и в течение нескольких часов, может актуализироваться и навалиться на клиента.*

Почему надо красить в черный и белый, а не в цветной? Можно и в цветной. Просто черный и белый – это контрастность. Иногда я спрашиваю, а какой цвет не нравится вашему предмету. Вот он там, например, желтый, а ему не нравится коричневый, синий или зеленый. И тогда его можно красить в тот цвет, который ему не подходит. Просто любое действие над предметом – бессознательно говорит о том, что ваш клиент сильнее предмета, что предмет во власти клиента. Он туда направляет внимание, энергию. Иногда человек говорит: «А я не могу покрасить, он не красится, краска сползает». Одна клиентка придумала взять шприц с белой краской и колоть внутрь предмета, чтобы он побелел. Иногда он красится не совсем до белого цвета, а остаются темные пятна, прожилки, попробуйте

докрасить до конца, насколько это возможно. Если не получится – то настолько, насколько это получится.

### **Заключение. Рилив-терапия в качестве психотерапевтического подхода [10-20; 22-25]**

В настоящее время накоплено большое количество эмпирических данных, позволяющих сформулировать новое представление о процессе психотерапевтической работы [2-6; 21].

Особенности подхода рилив-терапии состоят в том, что мы, прежде всего, рассматриваем не только и не столько поведение, когниции (мысли, идеи), эмоции и/или переживания клиента, а сами события как таковые, как раз и ставшие источником соответствующих состояний и/или переживаний. Изменяя отношение человека к произошедшим событиям, мы, согласно аналитическим позициям классической психотерапии, безусловно изменяем его картину мира и его актуальное состояние, гармонизируем его личность.

В рамках метода рилив-терапии психотерапевт предстает не экспертом или консультантом всей жизни клиента, а всего лишь направляет его произвольное внимание на определенные события и/или области его жизнедеятельности и удерживает это целенаправленное внимание, не позволяя в психотерапевтической сессии переходить на другие темы (в этом есть некоторая директивность, мы осознаем это). Цель терапии – собрать максимальное количество фактической информации о значимой проблеме в жизни клиента. Нас интересует, прежде всего, память человека о произошедшем значимом событии: его восприятие, мысли, эмоции, двигательная активность, побуждения в тот момент времени, зафиксированные в его памяти (эмоциональной, образной, двигательной, анализаторно-рецепторной, вербальной).

В таком понимании вопроса психотерапевт следует не за желаниями клиента, а за симптоматикой клиента, и в ходе психотерапевтического общения с клиентом производит усиление выявленного симптома (то, что еще З. Фрейд называл психологической интервенцией) [5; 6]. Через усиление симптома мы обнаруживаем события, вызвавшие его возникновение. Психотерапевт направляет осознанное внимание клиента на симптом и на однородные события (аналогичные факты переживаний клиента и его взаимодействий с другими людьми), в которых данный симптом присутствует (присутствовал). Симптом формируется после возникновения определенного количества однородных событий, и в силу их жизнедеятельностного опредмечивания в бытии человека. Логично предположить, что по завершении психотерапевтического рассмотрения и проработки некоторого количества этих событий (особенно наиболее ранних в жизненном

пути человека событий), данный симптом будет устранен. Эта гипотеза полностью подтверждается в нашей психоконсультационной практике. Такое ведение психоконсультативной сессии логично назвать направляющим слушанием (целенаправленное слушание, активное слушание, эмпатическое слушание).

Все психотехнические, психотерапевтические приемы рилив-терапии направлены на совместный с клиентом поиск и доведение до высокой степени осознания клиентом всех его мыслей, ассоциаций, эмоций, переживаний, телесных ощущений, двигательных реакций, – всего того, что запечатлено в субъективном опыте человека в связи с конкретным событием его жизни. Психотерапевт для клиента фактически является проводником по прошлому. Клиент под руководством гида-психотерапевта определенным образом группирует события своей жизни, самостоятельно переоценивает их, принимает свои собственные новые решения относительно своих жизненных фактов. Это, на современном этапе, в точности соответствует идее З. Фрейда о том, что для решения проблемы достаточно довести внутрилличностный конфликт до его осознания человеком [5; 6].

Согласно представлениям психоанализа и транзактного (трансактного) анализа о том, что все проблемы человека, его жизненный сценарий формируются в раннем детстве, можно сделать следующие утверждения. Во-первых, все события, происходящие во взрослой жизни человека, имеют четкую обусловленность более ранними событиями, событиями детства. Во-вторых, проблема или травма возникают не в момент, когда они осознаются человеком, мешают его жизни, адаптации, функционированию, а гораздо раньше. Для формирования нежелательного симптома, например нарушения в поведении, должно произойти определенное количество травмирующих ситуаций, которые и толкают человека на принятие определенных решений, фиксируют симптом.

Суммировав все приведенные выше соображения и проверив их на практике, мы получаем в процессе многолетнего практического новаторства, использования и совершенствования универсальную психотерапевтическую технику – рилив-терапию, которая способна решать широкий круг проблем.

В зависимости от этапа психотерапевтической работы с клиентом и от типа проблемы, рилив-терапия будет иметь некоторые дополнения и модификации, но суть психотерапии в данном подходе остается неизменной. В начале психотерапевтического процесса сессии имеют невысокую структурированность. Основными психотерапевтическими задачами являются: уточнение запроса, сбор субъективной информации о запросе (восприятие клиента), улучшение эмоционального состояния клиента и подготовка к этапу целенаправленной работы с запросом. По мере того, как клиент вы-

говорится под влиянием психотерапевта (направляющее слушание), мы получим определенный набор проблемных сфер его жизни, нуждающихся в более интенсивной проработке путем квалифицированного психологического воздействия. Вопросы и воздействия психотерапевта постепенно становятся все более узкими по смыслу, а ведение сессии становится все более содержательно четким и последовательным. Каждая значимая для клиента тема обязательно психотерапевтически доводится до психологического перерешения (деятельностного инсайта и катарсиса) [10–20; 22–25].

### Литература

1. Бэндлер Р., Гриндер Дж. Большая энциклопедия НЛП. Структура магии. – М.: АСТ, 2024. – 608с.
2. Донцов Д.А., Донцов А.И., Донцова М.В. Психосоциальный подход к исследованию ПТСР и к психологической помощи при ПТСР // NOVAINFO.RU № 4 / Долганов Алексей Александрович. – 2011. – 346-349с.
3. Донцов Д.А., Донцова М.В. Виды и содержательные особенности психологического консультирования // Научные исследования и образование. № 3 (27). – М.: Московский институт государственного управления и права. 2017. – 15-17с.
4. Донцов Д.А., Донцова М.В. Поэтапная методика психологического консультирования как процесса // Методология современной психологии. № 7. – Ярославль: Общество с ограниченной ответственностью «Международная академия психологических наук». 2017. – 64-75с.
5. Донцов Д.А., Донцова М.В., Поляков Е.А. Современное психологическое консультирование: понятия, процесс, психотехнологии, виды. Учебное пособие для студентов психолого-педагогических направлений подготовки. Под научной редакцией Л.Б. Шнейдер. Под общей редакцией Д.А. Донцова и Е.А. Полякова. Ответственный редактор Д.А. Донцов. – Москва: Издательство АРКТИ, 2017. – 184с.
6. Донцов Д.А., Донцова М.В., Сенкевич Л.В., Поляков Е.А., Седых Р.К. Основы психологического консультирования. Учебное пособие. Научный редактор: В.Ю. Меновщиков. Ответственный редактор: Д.А. Донцов. – Санкт-Петербург: Речь, 2013. – 224с.
7. Ермошин А.Ф. Вещи в теле. Психотерапевтический метод работы с ощущениями. – Киев: Мультимедийное издательство Стрельбицкого, 2013. – 369с.
8. Луковцева З.В., Сенкевич Л.В., Донцов Д.А. Методология и методика коррекционно-реабилитационной работы нейропсихолога:

- Учебно-методическое пособие. – М.: Московский институт психоанализа, 2017. – 160с.
9. Перлз Ф. Теория гештальт-терапии. Пер. с англ. В. Кислюк и др. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2004. – 384с.
  10. Поляков Е.А. Метод «Случайный попутчик» в качестве одного из основных способов рилив-терапии как нового направления в психологическом консультировании // Сборники конференций НИЦ СОЦИОСФЕРА. № 31. – Прага: Vedecko vydavatelske centrum Sociosfera-CZ s.r.o., 2013. – 296-307с.
  11. Поляков Е.А. Метод удержания проблемной области в рилив-терапии // Теория и практика актуальных исследований: Материалы V научно-практической конференции. 17 сентября 2013 г.: Сборник научных трудов. – Краснодар, 2013. – 232 с., – 110-116с.
  12. Поляков Е.А. Подход рилив-терапии к психотерапии ПТСР // Прикладные науки и технологии в Соединенных Штатах и Европе: общие проблемы и научные результаты / Материалы 1-й международной научной конференции (29 июня 2013). Cibunet Publishing. Нью-Йорк, США, 2013. – 234 с., – 144-146с.
  13. Поляков Е.А. Психологическое консультирование и психологическая коррекция клиентов в рамках рилив-терапии посредством метода проблемных тематических вопросов // Педагогика и психология: актуальные вопросы теории и практики: материалы II междунар. науч.-практ. конф. (Чебоксары, 27 авг. 2014 г.) / редкол.: О.Н. Широков [и др.]. – Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс», 2014. – 177-187с.
  14. Поляков Е.А. Психотерапия ПТСР методом рилив-терапии // Российский научный журнал, № 4 (35). – Рязань: Рязанский институт экономических, правовых, политических и социологических исследований и экспертиз. 2013. – 143-142с.
  15. Поляков Е.А. Психотерапия ПТСР средствами рилив-терапии // Современная психология: теория и практика: материалы IX международной научно-практической конференции, г. Москва, 29 июня 2013 г. / Науч.-инф. издат. центр «Институт стратегических исследований». – Москва: Изд-во «Спецкнига», 2013. – 168 с., – 114-119с.
  16. Поляков Е.А. Рилив-терапия. Глубинная психотерапия: Монография. Под научной и общей редакцией Полякова Е.А. – М.: Академический проект, 2020. – 203с.
  17. Поляков Е.А. Рилив-терапия в качестве нового психотерапевтического подхода / Е.А. Поляков // Новое слово в науке и практике: гипотезы и апробация результатов исследований. № 6. – Новоси-

- бирск: Общество с ограниченной ответственностью «Центр развития научного сотрудничества», 2013. – 68-74с.
18. Поляков Е.А. Рилив-терапия как новое психотерапевтическое направление в психологическом консультировании // Российский научный журнал, № 3 (34). – Рязань: Рязанский институт экономических, правовых, политических и социологических исследований и экспертиз. 2013. – 198-208с.
  19. Поляков Е.А. Структура работы с клиентом в рилив-терапии // Научная дискуссия в современном мире. № 8 (16): сборник статей по материалам XVI международной заочной научно-практической конференции. – М.: Изд. «Международный центр науки и образования», 2013. – 148 с., – 135-142с.
  20. Поляков Е.А. Структура работы с ПТСР и способ удержания проблемной области в рилив-терапии // Российский научный журнал, № 2 (40). – Рязань: Рязанский институт экономических, правовых, политических и социологических исследований и экспертиз. 2014. – 196-206с.
  21. Поляков Е.А., Донцов Д.А., Донцова М.В. Классификация видов и форм психологического консультирования // The Tenth International Congress On Social Sciences And Humanities. Proceedings of the Congress. Vienna. «East West» Association for Advanced Studies and Higher Education GmbH. – Vienna, 02 апреля 2017. – 58-64с.
  22. Поляков Е.А., Донцов Д.А., Донцова М.В. Применение арт-терапевтических психотехнологий в рилив-терапевтическом подходе в области психологического консультирования и психокоррекции // Человеческий капитал. – № 9 (105), 2017. – 17-22с.
  23. Поляков Е.А., Донцов Д.А., Донцова М.В. Психокоррекция в рилив-терапии методом проблемных тематических вопросов // Российский научный журнал. – № 3 (41). – Рязань: Рязанский институт экономических, правовых, политических и социологических исследований и экспертиз. 2014. – 125-137с.
  24. Поляков Е.А., Донцов Д.А., Донцова М.В., Сенкевич Л.В. Алгоритм работы с чувством вины в психотерапевтическом рилив-подходе // Человеческий капитал. – 2020. – № 12(144). – 145-158с.
  25. Поляков Е.А., Федорова Е.М. Возможности использования рилив-терапии в психологическом консультировании осужденных и сотрудников ФСИН России // Актуальные проблемы межведомственного и межвузовского взаимодействия по повышению конкурентоспособности результатов научной деятельности, ведомственного и социального образования. Сборник материалов Международной научно-практической конференции. 2015. – 101-104с.

## УРОВНИ ЗАКЛЮЧЕНИЯ КОНТРАКТА С КЛИЕНТОМ В РИЛИВ-ТЕРАПИИ КАК ИННОВАЦИОННОМ КОНСУЛЬТАТИВНОМ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ НАПРАВЛЕНИИ

**Аннотация.** В данной статье рассматривается разнообразие подходов к разработке психокоррекционных программ по индивидуальному запросу и возможностям клиента в рилив-терапии как в направлении психотерапии. Так называемые клиентские вопросы могут быть проработаны на различных уровнях погружения в его проблему. Таким образом, рилив-психотерапевтическая работа с клиентом производится в зависимости от состояния клиента, его запроса, оговоренной продолжительности терапии. Возможна индивидуальная или групповая психотерапия. Клиент по желанию может не только решить беспокоящие его в жизни проблемы, но и существенно скорректировать свой жизненный сценарий, наработать психологический ресурс, получить устойчивость к возможным проблемным ситуациям, и пр.

**Ключевые слова:** рилив-терапия, метод рилив-терапии, Поляков Е.А., психотерапия, психологическое консультирование, контракт, сессия, запрос, работа с клиентом, ресурс, проблема клиента, обучение, процесс, результат.

**Актуальность исследования.** Когда человек приходит к психологу, он озвучивает беспокоящую его проблему. Психолог подбирает методы работы, учитывая состояние клиента и его запрос. В случае, если человек поймет, что не располагает достаточными средствами, временем или не справится с сопротивлением, терапия может быть прервана, а результат не получен. В рилив-терапии психокоррекционные программы составляются индивидуально не только исходя из состояния и проблематики клиента, но и с учетом его финансовых и временных возможностей, степени его готовности погружаться в проблемы и собственную жизнь, а также реальной проблемы (которая зачастую не имеет ничего общего с озвученной проблемой). Возможна работа не только с актуальными трудностями и состояниями, но и со сценарием, повышение ресурса психики, улучшение коммуникативных способностей, работа с чувством вины, индивидуальный или групповой формат терапии по необходимости или желанию клиента. В рилив-терапии клиент имеет возможность выбрать вариант и формат психотерапевтической работы, который подходит ему наилучшим образом.

**Цель статьи:** обзор разнообразных форм работы с клиентом в рилив-терапии и уровней решения проблематики клиента. Данная цель достигается путем рассмотрения уровней психотерапевтического контракта в рамках рилив-терапии, что понимается в ракурсе более или менее глубокого плана психотерапевтической проработки психологических проблем клиента в русле рилив-терапии.

### **Рилив-терапия в качестве психотерапевтического направления**

Название (наименование) «рилив-терапия» происходит от английского слова «relive», что означает «оживить в памяти, вновь пережить». Это в точности отражает сущностный процесс самой рилив-терапии. Для решения проблемы клиента нам достаточно оживить в его памяти все события, так или иначе связанные с проблемой. Приемы рилив-терапии направлены на поиск и доведение до осознания клиентом всех его мыслей, ассоциаций, эмоций, переживаний, телесных ощущений, двигательных реакций и всего того, что еще запечатлено в субъективном опыте человека.

Для достижения этих целей Поляковым Евгением Анатольевичем были взяты и улучшены успешные техники из самых разных направлений (психоанализа, транзактного анализа, когнитивно-бихевиоральной терапии, телесно-ориентированной терапии, гештальт-терапии, клиент-центрированной терапии, арт-терапии, и др.), которые он интегрировал в единый метод, служащий достижению заявленной цели. Также в рилив-терапии используется представление о психотерапевтической сессии как о процессе безусловного принятия клиента (из клиент-центрированной терапии) и ценности близости в человеческих отношениях (из транзактного анализа).

### **Уровни психотерапевтического контракта в рилив-терапии**

Рилив-терапия дает клиенту возможность выбрать уровень психотерапевтического контракта, то есть, – то как именно будет производиться психотерапевтическая работа в плане уровня её реализации, степени её осуществления, глубины и широты её проведения.

Таким образом, в рилив-терапии проблема человека может быть решена на **различных уровнях: детальном, операциональном, концептуальном, ресурсном и в работе с чувством вины**, – в зависимости от планируемой продолжительности терапии, состояния и запроса клиента, выраженного в психотерапевтическом контракте с клиентом, выступающём в увчестве непреложного организационного процессуального элемента рилив-терапии. Итак, каким может быть решение (разрешение) проблемы клиента в психотерапевтическом рилив-подходе?

**1. На детальном уровне.** Клиент решает текущую проблему, с которой он обратился.

Если у него есть желание, после решения этой проблемы он предъявляет другую проблему как запрос. Также он может принять решение завершить терапию или сформировать запрос в направлении личностного роста. На пути реализации этого запроса неминуемо поднимаются и решаются очередные текущие проблемы, также психоэмоциональные травмы.

**2. На операциональном уровне.** Клиент учится решать сходные и смежные проблемы.

**3. На концептуальном уровне.** Психолог ищет глубинные проблемы, которые привели к текущим затруднениям, идет работа со сценарием.

**4. На ресурсном уровне.** Работа в рилв-терапии направлена на снятие защитных механизмов, выравнивание локуса контроля, повышение ресурса психики. При высоком ресурсе многие проблемные ситуации воспринимаются как задачи, и клиент способен решить их самостоятельно.

**5. Работа с чувством вины.** Подавляющее большинство проблем имеет морально-этический контекст. Устранение чувства вины выводит клиента из страданий и восприятия жизни, как проблемы.

Для того, чтобы клиент мог сориентироваться в том, какая глубина погружения в проблемы и его жизнь ему необходима, психолог проводит психодиагностику и говорит клиенту о своем видении запроса.

### **Психотерапевтическая работа с клиентом в рилв-терапии**

Далеко не всегда будет рационально работать сразу с запросом клиента, оптимальная программа работы обычно сочетает все пять подходов.

Во-первых, запросом клиента далеко не всегда является проблемная ситуация или жизненная задача. Чаще всего среди клиентов будут люди с малой психиатрией, глубокой малой психиатрией, что накладывает серьезные ограничения в работе.

Во-вторых, многие проблемы существуют в жизни клиента годы и десятилетия, уходят корнями в раннее детство, родительскую семью. В этом случае объем работы будет большой, и именно пятый подход даст самый быстрый и осязаемый результат, но это возможно при наличии достаточного уровня зрелости клиента и после предварительной проработки проблемной темы.

У многих клиентов жесткий внешний локус контроля, жертвенная позиция, обвинительный уклон в описании окружающих, склонность к резонерству. В данном случае психолог объясняет клиенту, что работа с запросом невозможна до выравнивания данных проблем. Составляется соответствующая коррекционная программа, а запрос обсуждается и утверждается уже после ее отработки.

Есть терапевтические программы по повышению работоспособности, снятию самоограничений, повышению коммуникативных способностей.

стей, повышению самооценки (самопрезентация, тренинг уверенности). Клиент может принять решение, что на данный момент какая-то из этих «предварительных» программ для него имеет больший приоритет, чем тот запрос, с которым он пришел.

Существует также ряд групповых программ. Например, снятие сопротивления перед поиском и работой с клиентами для психологов, работа с денежными (финансовыми) проблемами, группа по повышению ресурса и работоспособности, и другие. Объясняем клиенту пользу групповой работы: это дешевле примерно в 6 раз, а проработка проблем у каждого участника глубже, так как работает группа, а не один клиент и один психолог.

Клиентам, которым стоимость терапии не по силам, мы предлагаем пройти обучение на программах повышения квалификации или профессиональной переподготовки. Базовый курс по рилив-терапии рассчитан на плавное вхождение в психологию даже для представителей других профессий, при этом его можно назвать учебно-терапевтическим. Стоит курс недорого, а человек может получить хороший результат. Многие студенты говорят, что их жизнь очень изменилась после первого модуля по рилив-терапии.

### **Семь уровней рилив-психотерапии**

Обычный клиент не знает о возможностях современной психотерапии вообще и рилив-терапии в частности. Многие считают, что это только решение каких-то текущих проблем (или получение советов и жизненных рекомендаций).

В реальности решение текущих проблем – это только первый шаг в терапии. Клиент может пройти все **7 уровней рилив-психотерапии** и серьезно скорректировать свой сценарий, решить те проблемы и задачи, о которых он не мог даже предполагать, получить устойчивость к будущим проблемным ситуациям в жизни.

**Первый этап** рилив-психотерапии – глубокая проработка текущих проблем и повышение ресурса и работоспособности. Причем не получение «сил, энергии» извне (как ожидают многие), а высвобождение своего ресурса, поскольку в терапии мы убираем то, что мешает человеку использовать собственный.

**Второй этап** рилив-психотерапии – работа с защитными механизмами, так называемое снятие «розовых очков», освобождение от иллюзорных ожиданий.

**Третий этап** рилив-психотерапии – повышение коммуникативных способностей клиента. Причем здесь имеется в виду не только коммуникация с окружающими, хотя она очень важна. У человека может быть нарушен контакт с его жилищем, областью деятельности или рабочим инструментом – это также доставляет серьезные проблемы в жизни.

**Четвёртый этап** рилив-психотерапии – клиент учится видеть проблемы и решать их без посторонней помощи, не бояться сложностей в жизни. Человек перестает попадать в подобные проблемы, а если попадает, то легче справляется, не эмоционирует, находит оптимальные решения.

**Пятый этап** рилив-психотерапии – клиент разбирается со своими идеями, представлениями, морально-этическими проблемами.

**Шестой этап** рилив-психотерапии – повышение способности к адаптации, повышение устойчивости к переменам в жизни.

**Седьмой этап** рилив-психотерапии – поиск иррациональных убеждений, когнитивных ошибок, сверхценных идей. Избавление от них позволяет человеку поддерживать максимальный контакт с реальностью, адекватно оценивать происходящие события и людей, принимать оптимальные решения.

Таким образом, клиент может выбирать из большого количества возможностей и с помощью рилив-психотерапевта найти тот вариант, который подходит ему наилучшим образом.

### **Заключение**

Рилив-терапия позволяет получить глубокие и стойкие результаты. Однажды решенные проблемы не возвращаются никогда, и эти результаты остаются у клиента на всю жизнь. Вместе с тем, интенсивные техники имеют обратную сторону: клиенту не просто трудно, а зачастую чрезвычайно трудно в сессии. Рилив-терапия не для всех, у кого есть проблемы, а только для тех, кто готов бороться за результат, за свое счастье и свое будущее, поэтому около 20% клиентов уходят из терапии. Но те, кто остается, получают достойный результат.

Терапия требует больших физических и моральных сил, много времени и денег, но она даёт не только хорошее эмоциональное состояние – терапия приносит результат во всех областях жизни.

- В семье: не нужна любовница, потому что дома хорошо, туда хочется идти; нет развода – не надо делить имущество; дети развиваются, сами учатся, сами зарабатывают, принимают на себя ответственность за свою жизнь.

- Здоровье: основная масса болезней имеют психосоматическую составляющую, и если ее нет, то количество болезней резко снижается, выздоровление идет существенно быстрее.

- Карьера, бизнес: увеличение психических ресурсов и улучшение мышления приводят к тому, что человек начинает легко учиться, становится более гибким и ориентируется на меняющиеся обстоятельства, осваивает новые навыки, быстро продвигается по карьерной лестнице, становится успешным в бизнесе.

- Финансы: исчезают бессмысленные эмоциональные покупки, больше не интересен шопоголизм; падают расходы на ненужных людей, ненужные вещи, спиртное; питание перестает быть культом.

- Зрелый возраст: активное долголетие, терапия для мозга выступает аналогом спортзала для тела; замедляются старческие изменения, ухудшение памяти; сохраняется интерес к жизни и общению с окружающими.

### Литература

1. Донцов Д.А., Донцов А.И., Донцова М.В. Психосоциальный подход к исследованию ПТСР и к психологической помощи при ПТСР // NOVAINFO.RU № 4 / Долганов Алексей Александрович. – 2011. – 346-349с.
2. Донцов Д.А., Донцова М.В. Виды и содержательные особенности психологического консультирования // Научные исследования и образование. № 3 (27). – М.: Московский институт государственного управления и права. 2017. – 15-17с.
3. Донцов Д.А., Донцова М.В. Поэтапная методика психологического консультирования как процесса // Методология современной психологии. № 7. – Ярославль: Общество с ограниченной ответственностью «Международная академия психологических наук». 2017. – 64-75с.
4. Донцов Д.А., Донцова М.В., Поляков Е.А. Современное психологическое консультирование: понятия, процесс, психотехнологии, виды. Учебное пособие для студентов психолого-педагогических направлений подготовки. Под научной редакцией Л.Б. Шнейдер. Под общей редакцией Д.А. Донцова и Е.А. Полякова. Ответственный редактор Д.А. Донцов. – Москва: Издательство АРКТИ, 2017. – 184с.
5. Донцов Д.А., Донцова М.В., Сенкевич Л.В., Поляков Е.А., Седых Р.К. Основы психологического консультирования. Учебное пособие. Научный редактор: В.Ю. Меновщиков. Ответственный редактор: Д.А. Донцов. – Санкт-Петербург: Речь, 2013. – 224с.
6. Поляков Е.А. Метод «Случайный попутчик» в качестве одного из основных способов рилив-терапии как нового направления в психологическом консультировании // Сборники конференций НИЦ СОЦИОСФЕРА. № 31. – Прага: Vedecko vydavatelske centrum Sociosfera-CZ s.r.o., 2013. – 296-307с.
7. Поляков Е.А. Метод удержания проблемной области в рилив-терапии // Теория и практика актуальных исследований: Материалы V научно-практической конференции. 17 сентября 2013 г.: Сборник научных трудов. – Краснодар, 2013. – 232 с., – 110-116с.

8. Поляков Е.А. Подход рилив-терапии к психотерапии ПТСР // Прикладные науки и технологии в Соединенных Штатах и Европе: общие проблемы и научные результаты / Материалы 1-й международной научной конференции (29 июня 2013). Cibunet Publishing. Нью-Йорк, США, 2013. – 234 с., – 144-146с.
9. Поляков Е.А. Психологическое консультирование и психологическая коррекция клиентов в рамках рилив-терапии посредством метода проблемных тематических вопросов // Педагогика и психология: актуальные вопросы теории и практики: материалы II междунар. науч.-практ. конф. (Чебоксары, 27 авг. 2014 г.) / редкол.: О.Н. Широков [и др.]. – Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс», 2014. – 177-187с.
10. Поляков Е.А. Психотерапия ПТСР методом рилив-терапии // Российский научный журнал, № 4 (35). – Рязань: Рязанский институт экономических, правовых, политических и социологических исследований и экспертиз. 2013. – 143-142с.
11. Поляков Е.А. Психотерапия ПТСР средствами рилив-терапии // Современная психология: теория и практика: материалы IX международной научно-практической конференции, г. Москва, 29 июня 2013 г. / Науч.-инф. издат. центр «Институт стратегических исследований». – Москва: Изд-во «Спецкнига», 2013. – 168 с., – 114-119с.
12. Поляков Е.А. Рилив-терапия. Глубинная психотерапия: Монография. Под научной и общей редакцией Полякова Е.А. – М.: Академический проект, 2020. – 203с.
13. Поляков Е.А. Рилив-терапия в качестве нового психотерапевтического подхода / Е.А. Поляков // Новое слово в науке и практике: гипотезы и апробация результатов исследований. № 6. – Новосибирск: Общество с ограниченной ответственностью «Центр развития научного сотрудничества», 2013. – 68-74с.
14. Поляков Е.А. Рилив-терапия как новое психотерапевтическое направление в психологическом консультировании // Российский научный журнал, № 3 (34) ‘. – Рязань: Рязанский институт экономических, правовых, политических и социологических исследований и экспертиз. 2013. – 198-208с.
15. Поляков Е.А. Структура работы с клиентом в рилив-терапии // Научная дискуссия в современном мире. № 8 (16): сборник статей по материалам XVI международной заочной научно-практической конференции. – М.: Изд. «Международный центр науки и образования», 2013. – 148 с., 135-142с.
16. Поляков Е.А. Структура работы с ПТСР и способ удержания проблемной области в рилив-терапии // Российский научный журнал,

- № 2 (40). – Рязань: Рязанский институт экономических, правовых, политических и социологических исследований и экспертиз. 2014. – 196-206с.
17. Поляков Е.А., Донцов Д.А., Донцова М.В. Классификация видов и форм психологического консультирования // The Tenth International Congress On Social Sciences And Humanities. Proceedings of the Congress. Vienna. «East West» Association for Advanced Studies and Higher Education GmbH. - Vienna, 02 апреля 2017. – 58-64с.
  18. Поляков Е.А., Донцов Д.А., Донцова М.В. Применение арт-терапевтических психотехнологий в рилив-терапевтическом подходе в области психологического консультирования и психокоррекции // Человеческий капитал. – № 9 (105), 2017. – 17-22с.
  19. Поляков Е.А., Донцов Д.А., Донцова М.В. Психокоррекция в рилив-терапии методом проблемных тематических вопросов // Российский научный журнал. – № 3 (41). – Рязань: Рязанский институт экономических, правовых, политических и социологических исследований и экспертиз. 2014. – 125-137с.
  20. Поляков Е.А., Донцов Д.А., Донцова М.В., Сенкевич Л.В. Алгоритм работы с чувством вины в психотерапевтическом рилив-подходе // Человеческий капитал. 2020. – № 12(144). – 145-158с.
  21. Поляков Е.А., Федорова Е.М. Возможности использования рилив-терапии в психологическом консультировании осужденных и сотрудников ФСИН России // Актуальные проблемы межведомственного и межвузовского взаимодействия по повышению конкурентоспособности результатов научной деятельности, ведомственного и социального образования. Сборник материалов Международной научно-практической конференции. 2015. – 101-104с.

**ТЕХНОЛОГИИ РАСШИРЕНИЯ СРЕДОВЫХ ГРАНИЦ  
В ПСИХОТЕРАПИИ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ  
МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА**

**TECHNOLOGIES FOR EXPANDING ENVIRONMENTAL  
BOUNDARIES IN PSYCHOTHERAPY FOR STRESS DISORDERS OF  
MEDICAL PERSONNEL**

**Аннотация.** Симптоматика стрессовых расстройств медицинского персонала указывает на выше средней степень нарушений вегетативной системы и сердечной деятельности, и проблемы поглощённости, что имеется во взаимосвязи и со сном, и с тревожностью. Эффективность технологий расширения средовых границ с техниками: коммуникативный ринг, стоп действия, шаг за шагом, энергетическая подпитка, эмоциональный всплеск, подтвердилась значимыми различиями нарушений вегетативной системы и сердечной деятельности, оптимизма, проблем поглощённости, с выполнением профессиональных обязанностей, а также и в отношении проблем со сном и тревожностью.

**Ключевые слова:** технологии, расширение средовых границ, психотерапия, стрессовые расстройства, медицинский персонал.

**Annotation.** Symptoms of stress disorders among medical personnel indicate a higher-than-average degree of disturbances in the autonomic system and cardiac activity, problems with absorption and sleep, and anxiety. The effectiveness of technologies for expanding environmental boundaries with techniques: communication ring, stop action, step by step, energy replenishment, emotional outburst, was confirmed by significant differences in disorders of the autonomic system and cardiac activity, optimism, problems of absorption, with the performance of professional duties and with sleep, anxiety.

**Keywords:** technology, expansion of environmental boundaries, psychotherapy, stress disorders, medical personnel.

**Введение**

Выполнение профессиональной деятельности медицинским персоналом в стрессогенных условиях в ковидный период (важность безотлагательной помощи, высокая вероятность заболевания медицинского персонала, недостаток информации о новых штаммах вируса, нехватка оборудования, обостренность у пациентов заболеваний хронического спектра, оперативный прием заболевших, отсутствие нормированности рабочего дня,

повышение процента смертности, работа в красной зоне, столкновение с диагностируемыми неспецифическими симптомами, и др.) [3, С. 113-114] выступает предпосылкой возникновения у медицинского персонала в постковидный период симптоматики стрессового расстройства [7, С. 921-932], как следствия в условиях пандемии неожиданного, непредвиденного, создающего сложности, угрожающего специалистам появления изменений в устоявшемся укладе профессиональной деятельности [8, С. 48-55]: возрастание возбуждения, тревоги и чувства вины (внутреннее нервно-психическое напряжение, нарушение цикла сна и бодрствования, понижение концентрации внимания, соматовегетативные нарушения, чувство вины выжившего) [4, С. 29-34]; избегания производственных трудностей (исключение разговоров на тему пандемии, ограничение профессионального пространства, редукция рабочих обязанностей) [10, С. 521-528]; появления страха повторного переживания пандемических факторов (негативные мысли, ночные кошмары, отрицательные воспоминания) [9, с. 46-52]; снижения чувствительности (ощущение ситуативной оторванности от коллег и пациентов, уменьшение профессионального интереса, эмоциональное и личностное отдаление) [5, С. 17-21], что предполагает необходимость в рамках психотерапии применение технологий нивелирования стрессовых расстройств медицинского персонала [11, С. 67-75].

**Цель исследования** – выявить эффективность технологий расширения средовых границ в психотерапии стрессовых расстройств медицинского персонала.

**Методический инструментарий исследования.** Блок методик диагностики симптоматики стрессовых расстройств медицинского персонала:

1) опросник личностного профиля кризиса А.Е. Тараса для определения: проблем функционального спектра (нарушений вегетативной системы, сердечной деятельности, дыхания, желудочно-кишечного тракта, проблем со сном); осложнений в аналитико-познавательной деятельности (осложнений внимания, восприятия, мышления, памяти); нарушений реагирования эмоциональной направленности (тревоги, эмоциональных реакций генерализованного спектра, т.е. вины, гнева, стыда, эмоциональной отрешенности, т.е. тупости, холодности, повышенной эмоциональности); депрессивного настроения; деятельностных и поведенческих перемен (ухода от трудностей, поглощенности проблемами, проблем с выполнением домашних и профессиональных обязанностей) [13];

2) опросник травматического стресса И.О. Котенева для выявления: сверхбдительности, преувеличенного реагирования, притупленности эмоций, агрессивности, нарушений внимания и памяти, депрессии, тревожности общего вида, приступов ярости, злоупотребления лекарственными и наркотическими веществами, галлюцинаторных переживаний и непро-

шенных воспоминаний, проблем со сном, вины выжившего, оптимизма [6].

***Технология расширения средовых границ в психотерапии стрессовых расстройств медицинского персонала включает четыре основных направления:***

1) активность эмоциональной сферы медицинского персонала – быстрое и эффективное реагирование на значимые профессиональные ситуации при повышении показателей волевых качеств, интеллекта, мотивов, потребностей, силы воли, ценностей, что подтверждает адекватность восприятия производственной и бытовой действительности, отсутствие симптоматики стрессового расстройства, психическое и профессиональное здоровье медиков;

– данное направление применения технологий ориентировано на медицинский персонал, имеющий безразличие в производственных условиях, ограничение общения с коллегами и пациентами, отсутствие энергетической подпитки психической деятельности, пассивность эмоций, пониженную энергию, снижение профессиональных интересов, тяжесть выполнения функциональных обязанностей;

– три тренинговых занятия состоят из техник активизации эмоций, изотерапии, коммуникативной эффективности, проговаривания трудностей общения, подкрепления профессиональных интересов, метода профессиональной пробы, расширения функциональных обязанностей, прописывания дополнительных трудовых соглашений, «эмоциональный всплеск», арт-терапии, «энергетическая подпитка», аутогенные тренировки;

2) широта репертуара эмоциональных проявлений медицинского персонала – переживание разнообразных эмоциональных состояний, положительных эмоций при наличии достижений, успехов и перспектив в профессиональной и бытовой деятельности, отрицательных эмоций с целью нахождения верного решения производственных, бытовых и семейных проблем и корректирования собственного эмоционального поведения, что подкрепляется многообразием желаний, интересов, потребностей, ценностных ориентаций и наличием твердой жизненной позиции;

– данное направление применения технологий ориентировано на медицинский персонал, имеющий бедность и ограниченность эмоций, доминирующую эмоцию скорее из негативного спектра – вину, гнев, отвращение, презрение, раскаяние, страдание, страх, стыд, преобладание негативной эмоционально-энергетической направленности, типовую демонстрацию эмоциональных проявлений;

– три тренинговых занятия состоят из техник расширения эмоционального спектра, изотерапии, музыкотерапии, сказкотерапии, позитивирования доминирующих эмоций, арт-терапии, смехотерапии, звукотерапии;

3) лёгкость и подвижность проявлений эмоций – чуткость и быстрота реакции на изменения окружающей действительности, учет особенностей

партнеров взаимодействия, свобода входа и выхода из эмоциональных состояний;

– данное направление применения технологий ориентировано на медицинский персонал, имеющий вязкость эмоций, замедленность перехода от одного состояния к другому, пониженные адаптивные и коммуникативные умения, ригидность или сопротивляемость в качестве стиля восприимчивости эмоционального вида, ригидность эмоциональной сферы, а также, наоборот, импульсивность, плохую самоуправляемость, реактивность, сложность отношений с другими, ярко выраженную переключаемость эмоций;

– три тренировочных занятия состоят из техник ускорения эмоциональных проявлений, арттерапии, зоотерапии, «коммуникативный ринг», психотехник общения, «лояльность происходящего», проработки эмоциональных реакций, «стоп действия», нивелирования импульсивности, самоуправления, «я один за всех», эмоциональной переключаемости, «скок-реакций»;

4) направленность эмоций на различные объекты – повышенная отзывчивость эмоционального вида, готовность откликаться на дело (борьба при столкновении с препятствиями и трудностями, гордость за результаты, огорчение или радость за неудачи или успехи, озабоченность профессиональной деятельностью, творчеством, хобби, разочарование от ошибок и промахов, утешение от свершений), других (огорчение или радость за окружающих, отстаивание интересов других, переживание о благополучии и здоровье окружающих), предметы, себя (гордость собой, огорчение или радость за себя, опасения за благополучие и личное здоровье, отстаивание собственных интересов);

– данное направление применения технологий ориентировано на медицинский персонал, имеющий низкий показатель подключения программ эмоциональной сферы и энергии к внешнему и внутреннему аспектам жизнедеятельности, пониженную эмпатию, эмоциональную восприимчивость окружающих;

– три тренировочных занятия состоят из техник эмоционального программирования, «шаг за шагом», эмоционального прогнозирования, «что будет», эмпатизации окружающим, «я с вами», эмоциональной восприимчивости, эмоционального чувствования.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В выявлении стрессовых расстройств приняли участие 654 медицинских работника высшего, среднего и младшего медицинского персонала, работавших в пандемию COVID-19 в красной зоне (при этом задача сравнительного анализа стрессовых расстройств медицинского персонала по старшинству не ставилась). По полученным данным 218 медиков в контр-

ольную и экспериментальную группы были собраны методом случайного отбора – 109 и 109, соответственно, медицинских работников с наличием симптоматики стрессовых расстройств.

***Результаты выявления стрессовых расстройств медицинского персонала в постковидный период показали наличие:***

**1) выше средней степени:**

- нарушений вегетативной системы (8,5 среднее арифметическое значение; повышения или понижения кровяного давления, потливости, сухости во рту как фактора дистресса) и сердечной деятельности (8,7; неустойчивости сердечного ритма, учащенности или замедленности пульса, сердцебиения);

- поглощенности проблемами (8,5; беспрестанного прокручивания негативных мыслей, лишения сна из-за мыслей о неприятностях, мучительности размышлений о случившемся, ситуативного непроизвольного оживления травматических воспоминаний);

- проблем со сном (8,5 и 4,4, соответственно; беспокойства сна, вскрикивания во сне, прерывания сна кошмарами, просыпания от неожиданного страха, трудностей засыпания, трудностей с засыпанием, трудностей утреннего просыпания, частоты страшных сновидений);

- тревоги (8,6; необъяснимости тревоги, окрашенности тревогой суждений и чувств, ощущения сжатия в комок всего внутри) и тревожности общего вида (4,3; боязни совершить что-то вопреки собственным планам, испытывания озноба, ощущения непонимания окружающими, раздражительности пустяками, растерянности, сердцебиения);

**2) среднего показателя:**

- вины выжившего (3,1; желания помогать людям в сложных ситуациях, острого восприятия боли других, ощущения вины перед окружающими и невозможности что-то сделать, стыда);

- нарушений (осложнений) внимания (5,6 и 3,4, соответственно; рассеянности, трудности сосредоточения на чем-либо и при выполнении профессиональных обязанностей) и памяти (5,8 и 3,4, соответственно; забывчивости, запоминания информации, припоминания информации, пропусков обязательных мероприятий), дыхания (6,5; ощущения остановки дыхания, ситуативной невозможности дышать нормально, частого возникновения ощущения субъективного плана нехватки воздуха) и желудочно-кишечного тракта (5,9; беспокойства запором или поносом, ситуативного появления тошноты, ухудшения аппетита);

- оптимизма (3; благодарности судьбе, веселья и легкости в компаниях, жалоб на здоровье, интереса к работе, ожидания счастливого будущего, планирования будущего, плодотворной работы, субъективного ощущения здоровья, удовольствия нахождения среди близких, ценности друзей);

- повышенной эмоциональности (5,5; близости к слезам, желания расказать о собственных душевных переживаниях, плаксивости, поглощенности собственными чувствами);
- притупленности эмоций (3,4; ощущения замедленности времени, ощущения потери миром красок, ощущения потери способности радоваться даже мелочам, плача и скорбя после случившегося, потери интереса ко многим вещам, радости даже от незначительных вещей, рассеянности, усилий для вникания в разговор, утомления);
- проблем с выполнением домашних и профессиональных обязанностей (6,8; действенного и мыслительного избегания трудностей, качества выполняемых домашних и профессиональных обязанностей, работоспособности, усталости от исполнения обычного);
- сверхбдительности (3,3; внутреннего возбуждения, контроля эмоций, координации движений, полагания на себя самого, прилива сил, стремления необсуждения собственных проблем, уверенности, усталости);
- ухода от трудностей (6,7; желания бежать куда угодно, избегания мыслей и разговоров о собственных неудачах, нахождения в трудоголизме выхода из создавшихся ситуаций, стремления забытья, уделения большего времени работе);
- эмоциональной отрешенности, т.е. тупости, холодности (6,3; безразличия к действительности, беспокойства, вкуса и интереса к жизни, волнения, восприятия действительности нереальной, запутанности в жизни, интересов, машинального принятия пищи, насыщенности и разнообразности жизни событиями, нечувствительности,);

### **3) ниже среднего уровня:**

- агрессивности (2,1; веры в справедливость, желания крушить все на пути, избегания конфликтов, любви к рисованию, сдерживания собственного гнева);
- галлюцинаторных переживаний и непрошенных воспоминаний (2,2; избегания неприятных разговоров, отказа от просмотра по телевизору драматических событий, ощущения нереальности окружения, переживания вспоминаемых событий, страха, яркости припоминания прошлых событий);
- депрессивного настроения, депрессии (3,5 и 2,1, соответственно; агрессивности, апатии, ворчливого настроения, восприятия окружающих безнадежными, холодными и чужими, вялости чувств, критического отношения к себе, наличия мыслей о бессмысленности жизни как прежде, нежелания видеть окружающих, ненависти себя, неудовольствия от приятных ситуаций и радостных событий, неустойчивости настроения, подавленности, раздражительности, ситуативного неузнавания себя самого, стремления быть в одиночестве, угнетенности, угрюмости, физической усталости);

- злоупотребления лекарственными и наркотическими веществами (2; желаниа поесть при отсутствии аппетита, желаниа употребить алкоголь, нервного напряжения, ощущения ситуативного нездоровья, принятия таблеток, стремления отдохнуть);

- осложнений восприятия (3,7; ограниченности восприятия личными проблемами, неспособности отчетливого восприятия событий и реально-го их оценивания, ситуативной нереальности действительности, суженно-сти восприятия действительности) и мышления (3,5; задержки ответа на вопрос, затруднений формулирования собственных мыслей, импульсивно-сти, непродуманности и скоропалительности решений);

- преувеличенного реагирования (2,3; вздрагивания при шуме, нервно-го напряжения, ощущения опасности, ощущения подстерегающих опас-ностей, совершения произвольных действий при неожиданных движе-ниях и звуках);

- приступов ярости (2; рассерженность, сдерживания собственного гнева, уравновешенности);

- эмоциональных реакций генерализованного спектра, т.е. вины, гне-ва, стыда (3,7; мыслей о несделанном для избегания негативных событий, рассерженности на окружающих, стыда за собственные мысли и поступ-ки).

*С помощью U-критерия Манна-Уитни был осуществлен сравнитель-ный анализ данных симптоматики стрессовых расстройств медицинско-го персонала в экспериментальной и контрольной группах при исходном и итоговом замерах:*

1) получен результат и сделан вывод о том, что без психотерапевти-ческого и психокоррекционного воздействий с целью снижения симпто-матики стрессовых расстройств на медицинский персонал контрольной группы не произошло значимых изменений;

2) эффективность технологий расширения средовых границ в психо-терапии стрессовых расстройств медицинского персонала подтвердилась сравнительным анализом результатов итогового замера симптоматики стрессовых расстройств в контрольной и экспериментальной группах, а именно:

- выявлены значимые различия при \*  $p < 0,01$ : нарушений вегетативной системы (0,005\*) и сердечной деятельности (0,008\*), оптимизма (0,009\*), поглощенности проблемами (0,005\*), проблем с выполнением домашних и профессиональных обязанностей (0,008\*) и со сном (0,005\*), тревоги (0,007\*), тревожности общего вида (0,006\*);

- выявлены значимые различия при \*\*  $p < 0,05$ : агрессивности (0,044\*\*), вины выжившего (0,035\*\*), галлюцинаторных переживаний и непрошенных воспоминаний (0,042\*\*), депрессивного настроения, де-

прессии (0,027\*\*), злоупотребления лекарственными и наркотическими веществами (0,048\*\*), нарушений (осложнений) внимания (0,020\*\*), памяти (0,015\*\*) и дыхания (0,011\*\*), осложнений восприятия (0,025\*\*) и мышления (0,027\*\*), повышенной эмоциональности (0,022\*\*), преувеличенного реагирования (0,037\*\*), приступов ярости (0,048\*\*), притупленности эмоций (0,030\*\*), сверхбдительности (0,033\*\*), эмоциональной оторешенности, т.е. тупости, холодности (0,012\*\*), эмоциональных реакций генерализованного спектра, т.е. вины, гнева, стыда (0,025\*\*);

- \*\*\* нет значимых различий: нарушений желудочно-кишечного тракта (0,105\*\*\*), ухода от трудностей (0,097\*\*\*);

3) получены результаты и сделаны выводы о том, что технологий расширения средовых границ в психотерапии стрессовых расстройств медицинского персонала недостаточно для нивелирования нарушений желудочно-кишечного тракта как психосоматического ответа на долговременный профессиональный стресс медиков, а также для нивелирования ухода от трудностей как разновидности психологической защиты.

- Результаты выявления эффективности технологий расширения средовых границ в психотерапии стрессовых расстройств медицинского персонала подкрепляются исследованиями астенизации [14, С. 163-165], жизнестойкости [1, С. 228-233], психосоматических расстройств [15, С. 33-38], физиологического стресса [12, С. 432-439], функционального переутомления [2, С. 12-26].

### **Заключение**

Эффективность технологий расширения средовых границ в психотерапии стрессовых расстройств медицинского персонала (с применением техник активизации эмоций, арттерапии, аутогенной тренировки, звукотерапии, зоотерапии, изотерапии, коммуникативной эффективности, коммуникативный ринг, лояльность происходящего, метода профессиональной пробы, музыкотерапии, нивелирования импульсивности, подкрепления профессиональных интересов, позитивирования доминирующих эмоций, проговаривания трудностей общения, прописывания дополнительных трудовых соглашений, проработки эмоциональных реакций, психотехник общения, расширения функциональных обязанностей и эмоционального спектра, самоуправления, сказкотерапии, скок-реакций, смехотерапии, стоп действия, ускорения эмоциональных проявлений, эмоционального прогнозирования, программирования и чувствования, эмоциональной восприимчивости и переключаемости, эмоциональный всплеск, эмпатизации окружающим, энергетическая подпитка подтвердилась значимыми различиями агрессивности, вины выжившего, галлюцинаторных переживаний и непрошенных воспоминаний, депрессивного настроения, депрес-

сии, злоупотребления лекарственными и наркотическими веществами, нарушений вегетативной системы и сердечной деятельности, оптимизма, осложнений внимания, восприятия, дыхания, мышления и памяти, повышенной эмоциональности, поглощенности проблемами, преувеличенного реагирования, приступов ярости, притупленности эмоций, проблем с выполнением домашних и профессиональных обязанностей и со сном, сверхбдительности, тревоги, тревожности общего вида, эмоциональной отрешенности, эмоциональных реакций генерализованного спектра, т.е. вины, гнева, стыда.

Симптоматика стрессовых расстройств медицинского персонала указывает на: выше средней степень нарушений вегетативной системы и сердечной деятельности, поглощенности проблемами, проблемы со сном, тревогу, тревожность общего вида; средний показатель вины выжившего, нарушение (осложнение) внимания и памяти, дыхания и желудочно-кишечного тракта; на оптимизм, повышенную эмоциональность, притупленность эмоций; на проблемы с выполнением домашних и профессиональных обязанностей, сверхбдительности, ухода от трудностей, эмоциональной отрешенности, т.е. тупости, холодности; ниже среднего уровень агрессивности, галлюцинаторных переживаний и непрошенных воспоминаний, депрессивного настроения, депрессии, злоупотребления лекарственными и наркотическими веществами, осложнений восприятия и мышления, преувеличенного реагирования, приступов ярости, эмоциональных реакций генерализованного спектра, т.е. вины, гнева, стыда.

### Литература

1. Абдуллаева А.С., Мамина В.П., Бусурина Л.Ю. Особенности проявления жизнестойкости у врачей-ординаторов, как фактор профессиональной адаптации // Казанский педагогический журнал. 2022. № 6 (155). – 228-233с.
2. Бухтияров И.В., Зайцева А.В., Ониани Х.Т., Сериков В.В., Юшкова О.И. Психофизиологические особенности формирования функционального переутомления у медицинских работников в современных условиях деятельности // Международный научно-исследовательский журнал. 2022. № 12 (126). – 12-26с.
3. Горбанева И.Е., Колесникова Е.О., Шагилова А.Д. Оценка посттравматического стрессового расстройства у медицинского персонала до и во время пандемии COVID-19 // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины (Волгоград, 21-23.04.2021). Волгоград: Волгоградский ГМУ, 2021. – 113-114с.
4. Ибатов А.Д., Кубарева М.И., Афанасьева Н.В., Нарбут А.М., Захарова Л.А., Нагибина Ю.В., Елисеева М.В., Колесникова И.В.

- Расстройства сна у медицинских сестер, работающих с период пандемии COVID-19 // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022. – Т. 122. № 5-2. – 29-34с.
5. Кайбышев В.Т., Матузов Г.Л., Масыгутова Л.М., Травников О.Ю., Федотов А.Л., Ахметов В.М. Факторы профессионального риска и последствия психической дезадаптации у медицинских специалистов и спасателей при чрезвычайных ситуациях: современное состояние проблемы // Медицина катастроф. 2022. – № 2. – 17-21с.
  6. Котенев И.О. Опросник травматического стресса для диагностики психологических последствий. URL: <https://nevapmsc.ru/wp-content/uploads/gmorppmk58.pdf> (Дата обращения: 29.10.2023).
  7. Кусаинов А.А., Ракишева Ак. У.С., Иманбаева А.Д., Батырев Е.И., Шалтаков Д.С., Галиакбарова З.Б., Тулепова Д.Е., Шарипова М.К., Байкенов Е.Б. Психические расстройства среди медицинских работников в период пандемии COVID-19: обзор литературы // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2021. – № 12. – 921-932с.
  8. Лубсанова С.В., Петрунько О.В., Гриф В.Л., Сымбелова Т.А., Убева Е.А. Стресс, тревога и депрессия у медицинских работников, оказывающих помощь пациентам с COVID-19 в республике Бурятия // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2021. – № 3 (112). – 48-55с.
  9. Негай Н.А., Распопова Н.И., Алтынбеков К.С., Джамантаева М.Ш., Огачева Н.Н. Тревожно-депрессивные расстройства адаптации в условиях эпидемии COVID-19 // Медицина (Алматы). 2020. № 3-4 (213-214). – 46-52с.
  10. Полякова О.Б., Бонкало Т.И. Особенности профиля профессионального кризиса медицинских работников с профессиональными деформациями в условиях пандемии COVID-19 // Здравоохранение Российской Федерации. 2022. Т. 66. – № 6. – 521-528с.
  11. Полякова О.Б., Бонкало Т.И. Специфика жизнестойкости работников здравоохранения с профессиональными деформациями // Здравоохранение Российской Федерации. 2022. Т. 66. – № 1. – 67-75с.
  12. Полякова О.Б., Бонкало Т.И. Специфика физиологического стресса населения, находящегося в самоизоляции из-за пандемии // Здравоохранение Российской Федерации. 2021. Т. 65. – № 5. – 432-439с.
  13. Тарас А.Е. Личностный профиль кризиса. URL: <https://studfile.net/preview/3535528/page:15/> (Дата обращения: 29.10.2023).
  14. Ткач А.В. Оценка уровня астенизации среди медицинских работников государственных организаций здравоохранения г. Симферополя // Молодежный инновационный вестник. 2023. Т. 12. – № 1. – 163-165с.

15. Эверт Л.С., Потупчик Т.В., Корман Я.В., Полубояринов П.А., Федоров А.В. Выраженность психосоматических расстройств у медсестер хосписа. Способы профилактики и коррекции // Медицинская сестра. 2023. Т. 25. – № 2. – 33-38с.

Тур Екатерина Юрьевна

## ПСИХОСОМАТИКА КАК КОМПОНЕНТ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В МЕДИЦИНСКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**Аннотация.** Стресс, тревога и негативные переживания оказывают прямое влияние на состояние организма человека. Психосоматика дополняет комплексный подход в лечении и обеспечивает восстановление психического и физического здоровья человека. В статье представлен разбор психосоматики как синергии физиологии и психологии, а также современные концепции применения данного направления в клинической практике.

**Ключевые слова:** психосоматика, медицина, комплексный подход, психоэмоциональное здоровье.

### Введение

Физическая, психическая, психологическая и социальная составляющие человеческого здоровья требуют комплексного подхода к лечению, реабилитации и профилактики различных заболеваний и состояний у современного человека. Кроме того, требует пересмотра и модернизации сам процесс оказания медицинской и психологической помощи таким образом, чтобы каждый используемый метод был направлен не только на лечение болезни и устранение физических ее причин, но и на сохранение и восстановление психоэмоциональной и личностной целостности человека. Важным компонентом комплексного подхода, позволяющим использовать сочетанные методы в медицине и психологии, сегодня является психосоматика.

Изучение психологических механизмов и факторов возникновения и течения болезней, поиск связей между характером психического стрессового фактора и поражением определенных органов и систем лежат в основе психосоматического направления в медицине. Психосоматика – это раздел медицины (на стыке физиологии и психологии), изучающий механизмы влияния психоэмоциональных переживаний на состояние организма человека. Этимология слова в общих чертах раскрывает его значение: др. греч. «ψυχή» – «душа» и «σῶμα» – «тело», символично отображая наличие связи между эмоциональным и физическим состоянием.

Психосоматика изучает то, как психологическое состояние человека влияет на его физическим здоровье. Психосоматический подход основан на идее целостного понимания человеческого существа. Стресс, тревога, психоэмоциональное перенапряжение провоцируют развитие каскадных реакций внутри тела, которые при затяжном течении способны вызывать патологические изменения в организме. Тщательный сбор анамнеза пациента, сочетанная работа нескольких специалистов и анализ получаемых данных позволяют достигать лучших результатов в лечении различных заболеваний, а также повышают уровень комплаентности (степени соответствия поведения больного рекомендациям, полученным от врача) и вовлекают человека в процесс лечения и профилактики.

**Цель статьи:** провести обзор актуальных исследований о том, как психосоматика и психосоматические методы работы с пациентом дополняют комплексный подход и позволяют ускорять процессы лечения, а также реабилитации пациента. В настоящее время в психосоматической медицине все больший вес приобретают идеи многофакторности (многопричинности) психосоматических расстройств. Реформирование системы отечественного здравоохранения предусматривает широкое внедрение в России института общей врачебной практики (семейной медицины), как основной составляющей первичной медицинской помощи.

В настоящее время в психосоматической медицине все больший вес приобретают идеи многофакторности развития психосоматических расстройств. Следовательно, изменение подхода к процессу.

### **Развитие психосоматики как науки**

История развития психосоматики начинается с Гиппократа [1]. Врач и величайший мыслитель первым сформулировал положение о единстве тела и души. Гиппократ положил начало теории о темпераментах и призывал медицинское сообщество тех времен не устранять симптомы болезни, а лечить человека как единое целое, не забывая о том, что тело и дух едины. В последующем это учение легло в основу развития медицинской профилактики и ранней диагностики, направленной на изучение психического состояния, обнаружения склонностей человека к конкретным патологиям и предупреждение развития болезней.

Однако, несмотря на то, что психосоматика корнями уходит вглубь столетий, медицина продолжительный период времени оставалась по большей части соматоцентристской – ориентированной в одну сторону, не до конца оценивающей влияние психических причин на нормальное состояние здоровья и заболевания человека. Отчасти, продолжительный период развития медицины вне психологии послужил тому, чтобы изучить сложное строение человеческого тела и развить медицинскую науку до долж-

ного уровня, прежде чем снова вернуться к единству организма и психики.

Понятие «психосоматика» в 1818 году в медицинскую литературу ввел врач, профессор психиатрии и психотерапии Иоганн Хайнрот [2]. Среди причин манифестации некоторых заболеваний, помимо биологических причин, профессор выделил этиологический фактор в виде психосоциального компонента, имеющего решающую роль в развитии болезни. Цитаты из научных работ по психосоматике, в том числе отрывок из «Учебника расстройств психической жизни» 1818 года, легли в основу будущего развития психосоматики, как медицинской науки, а также позволили впервые предположить, что для обеспечения пациенту комплексной помощи недостаточно рассматривать болезнь только на соматическом уровне.

В 1943 году Ф. Александер, основоположник психосоматической медицины, впервые предположил влияние эмоциональных переживаний на состояние здоровья человека и выдвинул гипотезу о том, что в основе некоторых патологических процессов лежит конфликт физиологического, психологического и социального [3]. Позже Александер вывел определение «психосоматоза» и разработал классификацию психосоматических заболеваний («классическую семерку»), причиной развития которых становятся внутренние эмоциональные конфликты:

- гипертония;
- бронхиальная астма;
- язвенный колит;
- сахарный диабет;
- язвенные поражения ЖКТ;
- артрит;
- нейродермит.

С этого момента развитие психосоматики (как науки) претерпевает постоянные изменения. В дополнение к классической семерке предпринимались попытки включить в перечень психосоматических заболеваний психические расстройства, возникающие на фоне лечения зависимости или депрессии, предменструальный синдром, инволюционную истерию, расстройства пищевого поведения, и т.д. Ю.М. Губачев и Е.М. Стабровский (1981) выделяют множество вариантов развития психосоматических расстройств.

Среди факторов различной этиологии на первом плане ситуационные (первичные психогенные) варианты, представляющие собой длительные психологически неблагоприятные условия жизни, являются длительными и интенсивными, поскольку они не защищают от формирования соматических расстройств как на биологическом, так и на психологическом уровне, даже если у них развиваются защитные и компенсаторные способности.

Основным условием формирования соматической патологии является психологически деформированная личность: стрессовая, невротическая

или психотическая), затяжной, гипертрофированный и извращенный тип психологической реакции, личностный вариант, вызывающий формирование хронического эмоционального напряжения (П.И. Сидоров, А.В. Парняков, 2008, и др.). Согласно А.В. Парнякову (2000), формирование заболевания из-за определенных патологических привычек, таких как переедание, алкоголизм, например, привычка к личной обусловленности.

Варианты головного мозга, при которых отмечаются органические нарушения центральной нервной системы, связаны с нарушениями регуляторных механизмов эмоционального переживания. Органическая патология имеет тенденцию проявляться, когда «перерастание» различных переживаний происходит независимо от внешних воздействующих раздражителей, вызывая застой, скованность, вязкость, инертность эмоциональных процессов с фиксацией эмоционально негативных переживаний. Формирование соматических заболеваний в этом случае может быть связано с чрезмерной интенсивностью и продолжительностью эмоциональных реакций, вызванных самой структурой воздействия при органическом поражении головного мозга.

Соматические (биологические) варианты, о которых говорят при наличии генетических соматических предпосылок, определяющих развитие тотальной органической патологии при наличии психологически благоприятной и комфортной ситуации и гармоничной структуры личности. Как правило, в этих условиях заболевание формируется за счет механизмов, которые невозможно понять только с психологической точки зрения.

Для развития психосоматических расстройств характера высокая значимость воздействия психических факторов как в возникновении патологии, так и во влиянии на обострение хронических заболеваний. Кроме того, имеет значение наличие психологически значимых раздражителей из окружающей среды, которые во времени связаны с возникновением или обострением данного физического нарушения.

### **Психосоматика сегодня**

В настоящее время психосоматика продолжает развиваться, задача этого направления, – это обеспечение комплексного, сочетанного подхода к пациенту в процессе лечения. Медицинские работники уделяют внимание профилактическим мероприятиям, которые теперь направлены не только на регулярные (ежегодные) физикальные обследования пациентов (физикальные, или физические, методы обследования включают осмотр, пальпацию, перкуссию и аускультацию), но и на прохождение людьми психологических тестов и психологических обследований.

Современные исследователи склоняются к мнению о том, что ишемическая болезнь, синдром раздраженного кишечника, гормональные и дру-

гие патологии принадлежат к психосоматическим расстройствам. В США и Западной Европе к психосоматическим заболеваниям стали относить анорексию, булимию, кардиоспазмы, психогенное ожирение.

В медицинской практике психосоматические факторы развития болезней встречаются часто и становятся не только причинами развития заболеваний, но и влияют на скорость процесса выздоровления. Психосоматика медленно внедряется в лечебную практику, помогая точнее выявлять причину развития того или иного симптома и обеспечивать комплексность лечения пациента.

Находясь на стыке медицины и психологии, психосоматика включает в себя три подхода к сочетанному лечению пациента:

- медицинский подход – диагностика и лечение основной патологии, непосредственная помощь организму на пути к выздоровлению органов и систем;

- психологический подход – изучение состояния психоэмоционального состояния, определение наличия деструктивных паттернов поведения, исследование уровня тревоги и напряжения, изучение особенностей эмоционального реагирования и влияния психических травм на самочувствие человека;

- социальный подход – изучение влияния социальных и культурных условий на состояние здоровья, психическое благополучие.

Условия труда и отдыха рассматриваются как возможные источники негативных факторов, воздействующих на человека, и способных усугублять течение хронических заболеваний. Сегодня на первый план в развитии психосоматики выходит такая эмоция как тревога, и последствия для организма при пребывании в состоянии хронического психоэмоционального перенапряжения.

### **Психосоматические заболевания, симптомы, лечение**

Связь психосоматики с другими науками предполагает синергический подход к решению проблем человека, как соматических, так и психических, для лечения психосоматических заболеваний и профилактики. Психосоматические заболевания – это категория заболеваний, причинами которых являются психические реакции, влияющие на появление и формирование каскадных физиологических, а затем и патофизиологических процессов в организме человека [4].

Причина психосоматических заболеваний – эмоциональные перегрузки и стрессы. Тесная взаимосвязь психологического состояния и физического здоровья проявляется в виде болезней, спровоцированных нарушением внутреннего состояния покоя и снижением адаптационного потенциала к изменениям окружающей среды.

Непонимание и игнорирование проблемы психосоматических болезней в медицинском сообществе приводит к отсутствию адекватного восприятия проблемы. Исследования о воздействии стресса на организм проводятся более 50 лет, результаты приводят к пониманию воздействия механизма стресса и минимизацию его влияния на здоровье человека.

К признакам стресса относятся:

- нарушение пищеварения;
- головокружение или дрожь;
- частые головные боли и мигрени;
- мышечные спазмы, ломота в теле;
- аритмия;
- гипертония.

Манифестация и течение психосоматических болезней различается у разных людей, что в некоторой степени отличает психосоматический подход от медицинского, где важной становится личная история пациента, лежащая в основе развития особенностей личности. Некоторые распространенные примеры симптомов и проблем, которые могут возникнуть у человека по психосоматическим причинам, включают:

- боль в спине;
- ломота в теле;
- когнитивные проблемы;
- эректильная дисфункция;
- усталость;
- выпадение волос;
- головные боли напряжения;
- повышенное артериальное давление;
- бессонница;
- хронический болевой синдром;
- расстройство желудка;
- хронические кожные заболевания;
- изменения веса.

Стресс – это наиболее изученный психосоматический фактор развития заболеваний [5]. В зависимости от типа, времени и тяжести примененного стимула стресс может оказывать на организм повреждающее воздействие, начиная изменениями гомеостаза и заканчивая опасными для жизни последствиями и смертью.

Установление связи между анамнезом и данными соматических тестов является ежедневной задачей в практике любого профессионального врача. Хорошо собранная история болезни – это половина диагноза. С другой стороны, если врач обратит внимание не только на жалобы и объективные

симптомы заболевания, но и на жизненную ситуацию пациента и историю его жизни, он также ознакомится с психосоциальной ситуацией.

Это очень важно для взаимоотношений между врачом и пациентом, а также для подготовки пациента к лечению. Какие средства могут использовать врачи для постановки психосоматических диагнозов? Наиболее важную роль играют диагностические беседы и история психосоматических расстройств, которые развились из психоаналитических интервью и сохранили свою теоретическую основу. В области психосоматической медицины существуют 2 исходные ситуации, которые определяют направление диагностической беседы.

Во-первых, когда речь заходит о пациентах с установленными соматическими заболеваниями, для облегчения участия в лечении необходимо поддерживать психологическую обработку заболевания. Во-вторых, когда соматические симптомы становятся у пациентов с психической обусловленностью. На самом деле диагностическая беседа между врачом и пациентом должна быть направлена на психотерапию. Серьезные трудности и уклонение от постановки психосоматического диагноза часто зависят от самого врача и, прежде всего, от его традиционной медицинской роли: однако, когда он получает естественнонаучное образование, современная медицинская практика диктует необходимость найти время и место для сбора анамнеза психосоматических расстройств.

Важность стандартизированного психодиагностического психологического теста, предназначенного для изучения и оценки (как количественно, так и качественно) уникальных характеристик личности в ее опыте и поведении, заключается в том, что с его помощью можно получить объективную оценку состояния пациента, независимую от субъективного мнения исследователя. Большинство личностных тестов носят анкетный характер.

**Целью практического исследования** является измерение и оценка индивидуально-психологических особенностей человека путем получения односложных ответов от испытуемого. Для диагностики к использованию в клинической практике рекомендованы: миннесотский многопрофильный личностный опросник (ММПИ, ММПИ-2), 16-факторный личностный опросник Р.Б. Кэттелла (16-PF), опросник Г. Айзенка (ЕPI), опросник для определения личностной и реактивной тревожности Ч.Д. Спилбергера в модификации Ю.Л. Ханина, патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) для подростков А.Е. Личко и т.д.

Важнейшим этапом комплексного подхода является применение интегративного подхода. Раскрывая психологические аспекты, которые находятся в центре внимания клинической психологии, при анализе патологических явлений исследуются следующие психические функции или

психические процессы: когнитивные процессы (восприятие, внимание, память, мышление, воображение), эмоциональные переживания (тревога, страх, депрессия, печаль, гнев, раздражительность, и т.д.), мотивационные (побудительные) процессы, а также особенности поведения, общения и деятельности. Необходимо помнить, что центральным звеном любого лечения является человек – целостная личность со своим уникальным духовным складом, системой ценностей, которая задает индивидуальные ориентиры для жизни и может играть роль в развитии заболеваний.

### **Лечение психосоматических заболеваний**

Лечение психосоматических заболеваний начинается только после того, как пациенту оказана медицинская помощь – после обследования, лечения, физиотерапевтических процедур и начала профилактических мер. Это основополагающая концепция психосоматики базируется на том, что психосоматический подход ни в коем случае не заменяет медицинский подход, а дополняет и обеспечивает комплексность лечения.

При психосоматических заболеваниях, развивавшихся на фоне воздействия среднего и высокого уровней стресса, а также связанных с ростом тревоги и внутреннего беспокойства, первичные меры будут направлены на то, чтобы обучить пациента навыкам аутонаблюдения, ауторегуляции и аутопрограммирования [6]. Иными словами, психосоматический подход базируется на управлении эмоциональным интеллектом и овладении навыками, которые помогают человеку улучшать социальную адаптацию и повышать качество жизни.

Сегодня человеку важно научиться понимать и отличать источники стресса и на ранних стадиях стрессового воздействия определять телесные реакции и снимать эмоциональное перенапряжение, не допуская развития таких состояний, как эмоциональное выгорание, апатия и тревожность. Кроме того, привычка жестко контролировать, подавлять эмоции и держать себя «в рамках» чаще приводит к дистрессу на фоне внутреннего перенапряжения.

Лечение психосоматической патологии требует терпения и освоения навыков самоконтроля. Таким образом, комплексный психосоматический подход включает:

– психотерапию. Позитивный результат в лечении постстрессовых расстройств показывает когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). После курса когнитивно-поведенческой терапии уменьшается уровень стресса, негативные суждения заменяются позитивными, у пациентов появляется ощущение психологического комфорта и безопасности, повышаются навыки борьбы со стрессом. Тренинги осознанности также помогают снижать уровень тревожности, помогая улучшить когнитивные навыки;

– медикаментозное лечение. В комплексном лечении психосоматических заболеваний врач назначает антидепрессанты, успокаивающие препараты. Повышенная тревожность, депрессия, стрессы способны активировать механизм возникновения физических симптомов;

– медитации [6] и самопомощь. Практики и методы для освоения навыков управления эмоциональным интеллектом и научиться регулировать уровень тревоги и стресса.

Последние исследования темы самопомощи и навыков управления эмоциями на практике подтверждают эффективность данных методов. В случаях, когда у пациента проявляются необъяснимые симптомы, применение техники самоуправляемого контроля стресса помогает сохранять психоэмоциональное равновесие. Подобные техники целесообразно применять в качестве элемента комплексной программы лечения, эффективность которого обсуждается с психотерапевтом, а выбранный метод применяется на регулярной основе.

При обеспечении комплексности лечебных и профилактических мер с применением психосоматических методов особое внимание уделяется самонаблюдению. Пациент учится наблюдать за физическим состоянием и регулировать эмоциональные реакции, стимулируя позитивный психический отклик на улучшение самочувствия и ускоряя процесс восстановления организма.

Советы по поводу самопомощи сегодня представлены в свободном доступе, однако, в психосоматическом подходе выделяют следующие:

- наблюдение за психическим и физическим состоянием тела;
- предупреждение переутомления, восстановление режима сна и отдыха;
- овладение навыком спокойного дыхания для восстановления баланса в работе головного мозга и периферической нервной системы;
- перераспределение нагрузки в течение рабочего дня;
- избегание социальных стрессов, в том числе конфликтных ситуаций;
- регулярная практика медитации для снижения уровня стресса.

Для поддержания психоэмоционального здоровья рекомендуется научиться заранее справляться со стрессовыми факторами и знать, какие первые шаги можно предпринять, чтобы предупредить негативное влияние стресса на организм. Здоровый образ жизни (как метод психогигиены) направлен на повышение качества жизни, на восстановление баланса между психическими и физическими реакциями.

Общие профилактические рекомендации:

- коррекция образа жизни, снижение потребления алкоголя, лечение никотиновой зависимости, здоровое питание;
- концентрация внимания на позитивных переживаниях, повышение эмоционального фона;

- регулярные физические нагрузки (например, ЛФК);
- восстановление режима сна;
- медитация для мышечного расслабления;
- дыхательные упражнения;
- заполнение дневника аутонаблюдения.

Для успешной интеграции перечисленных методов и разработки единой методологической концепции оказания качественной помощи пациенту наиболее перспективной является парадигма комплексного подхода, непротиворечиво объединяющая методологии различных научных дисциплин и направлений, смежных к психосоматике.

### **Выводы**

В психосоматическом подходе – синергии соматики и психологии, – человек перестает быть носителем «сломанного» органа, а рассматривается как единый организм, состоящий не только из клеток и тканей, но также из мыслей, эмоций и чувств. Стресс, подавленные эмоции, психоэмоциональное перенапряжение становятся причиной разрушительных процессов в организме, как и вирусы или бактерии, и нарушат нормальную жизнедеятельность.

Особое внимание уделено вопросам клинической, психологической диагностики, феноменологии и психолингвистике диагностического и реабилитационного процессов, рассмотрению коммуникативных проблем на первых этапах диагностики для понимания сути протекающих процессов (как психоэмоциональных, так и патофизиологических) для достижения лучшего результата лечения, реабилитации и профилактики. Сегодня человек, ежедневно сталкивающийся с повышенным уровнем стресса и подвергающийся информационной нагрузке, может развить навыки психической гигиены, которые будут направлены на сохранение и укрепление психического здоровья.

### **Литература**

1. Фатеева В.В. Развитие психосоматического учения от античных времен до наших дней / В.В. Фатеева. Текст: непосредственный // Исследования молодых ученых: материалы XXXIV Междунар. науч. конф. (г. Казань, март 2022 г.). – Казань: Молодой ученый, 2022. – 13-17с. URL: <https://moluch.ru/conf/stud/archive/430/17037/> (Дата обращения: 24.10.2022).
2. Steinberg H, Herrmann-Lingen C, Himmerich H, Johann Christian August Heinroth: psychosomatic medicine eighty years before Freud. *Psychiatr Danub.* 2013 Mar; 25(1): 11-6.

3. Соловьевская Н.Л. История развития психосоматики // Труды Кольского научного центра РАН. 2018. – № 11-15 (9). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/istoriya-razvitiya-psihosomatiki> (Дата обращения: 24.10.2022).
4. Settineri S, Frisone F, Alibrandi A, Merlo EM. Emotional Suppression and Oneiric Expression in Psychosomatic Disorders: Early Manifestations in Emerging Adulthood and Young Patients. *Front Psychol.* 2019, Aug. 20; 10: 1897.
5. Yaribeygi H., Panahi Y., Sahraei H., Johnston T.P., Sahebkar A. The impact of stress on body function: A review. *EXCLI J.* 2017. Jul 21; 16: 1057-1072.
6. Екатерина Тур. Медитация как метод снижения уровня стресса и тревоги у современного человека. НАУКА В XXI ВЕКЕ: ИННОВАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РАЗВИТИЯ / Сборник научных статей по материалам IX Международной научно-практической конференции (6 сентября 2022 г., г. Уфа). – Уфа: Изд. НИЦ Вестник науки, 2022. – 275 с. – 236-245с.

**Янышева Вера Александровна**  
**Донцов Дмитрий Александрович**  
**Кольчугина Зинаида Александровна**  
**Янышев Илья Константинович**

**ЭМПИРИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ  
ДИНАМИКИ ЛИЧНОСТНОГО РАЗВИТИЯ ОРДИНАНТОВ  
В АУТООРДИНАЦИОННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ НА ПРИМЕРАХ  
ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ЭМОЦИЙ И СМЫСЛОВ,  
ОПТИМИЗМА, СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ,  
СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ, САМОЭФФЕКТИВНОСТИ,  
СОЦИАЛЬНЫХ ЦЕННОСТЕЙ**

**Аннотация.** В данной статье предметно представлено эмпирико-экспериментальное исследование динамики личностного развития ординантов (клиентов) в процессе аутоординационной психотерапии, проводимой естественно-психическим методом. Это научно-практическое исследование осуществлено на примерах развития у ординантов (клиентов) положительных эмоций и смыслов, оптимизма, стрессоустойчивости, совладающего поведения, самоэффективности и социальных ценностей.

**Ключевые слова:** эмоции, смыслы, оптимизм, стрессоустойчивость, совладающее поведение, самоэффективность, социальные ценности, ау-

тоординационное направление в психологии и психотерапии, ординанты (клиенты).

### **Организация и выборка эмпирико-экспериментального исследования**

Данное эмпирико-экспериментальное исследование было проведено в сроки с октября 2021 года по декабрь 2021 года.

Это научно-практическое исследование проводилось в три этапа. На первом этапе была проведена психодиагностика испытуемых. На втором этапе с испытуемыми была осуществлена психотерапия аутоординационного направления естественно-психическим методом [2, С. 104-124; 4, С. 65-71; 12, С. 66-74; 13, С. 58-64; 14, С. 178-186; 15, С. 88-101; 16; 17; 18, С. 192-204; 19, С. 188-204; 20, С. 171-189; 21, С. 58-67; 22, С. 234-247]. На третьем этапе с данными испытуемыми была проведена психодиагностика посредством тех же стандартизированных методик.

Итак, практические работы с испытуемыми (ординантами) производились следующим порядком. На первом этапе лонгитюдного психодиагностического исследования, проведенного методом поперечных срезов, с 03 октября по 13 октября 2021 года, со всеми ординантами была проведена психодиагностика посредством целого ряда психодиагностических методик [1, С. 41-43, С. 218-219, С. 229, С. 231, С. 324, С. 235-239, С. 296-304; 3; 7, С. 141-142, С. 183-185; 8, С. 98-106; 9, С. 46-54; 10, С. 353; 11, С. 71-77].

На именно психотерапевтическом этапе данного экспериментально-эмпирического исследования, имевшем место с 14 октября по 19 декабря 2021 года, со всеми ординантами была проведена аутоординационная психотерапия естественно-психическим методом, в объеме 15 психотерапевтических сессий [2, С. 104-124; 4, С. 65-71; 12, С. 66-74; 13, С. 58-64; 14, С. 178-186; 15, С. 88-101; 16; 17; 18, С. 192-204; 19, С. 188-204; 20, С. 171-189; 21, С. 58-67; 22, С. 234-247].

На втором этапе выполненного психодиагностического лонгитюда, имевшем место с 20 декабря по 30 декабря 2021 года, со всеми ординантами были проведены те же самые психодиагностические методики, что и на первом этапе лонгитюда, осуществленном до применения естественно-психического метода аутоординационного направления психотерапии [1, С. 41-43, С. 218-219, С. 229, С. 231, С. 324, С. 235-239, С. 296-304; 3; 7, С. 141-142, С. 183-185; 8, С. 98-106; 9, С. 46-54; 10, С. 353; 11, С. 71-77].

При этом по окончании второго этапа психодиагностического лонгитюда после суммирования данных психодиагностики для проверки психодиагностических данных мы использовали математико-статистические методы: критерий Вилкоксона, критерий Макнемара (Хи-квадрат Макнемара) [5; 6].

## **Социальная выборка (эмпирическая база) настоящего эмпирико-экспериментального исследования**

В качестве испытуемых (респондентов) в данном эмпирико-экспериментальном исследовании выступили 95 человек (100%), которые на период проведения этого эмпирико-экспериментального исследования являлись ординантами (клиентами) психологов-психотерапевтов аутоординационного направления психологии и психотерапии в Международном институте психологии и психотерапии аутоординационного направления.

Социально-демографическая градация испытуемых (ординантов) производилась нами по следующим параметрам: возраст, образование, семейное положение, наличие детей.

Приведем описание ординантов по возрасту: от 18 до 68 лет, средний возраст испытуемых – 40 лет и 6 месяцев.

Приводим стратификацию ординантов по образованию: среднее – 12 человек (12,6%), среднее специальное – 20 человек (21,1%), неоконченное высшее – 9 человек (9,5%), оконченное высшее – 54 человек (56,8%).

Производим определение ординантов по семейному положению: женат/замужем – 50 (52,6%), в разводе – 24 (25,3%), не состоял/не состояла в браке – 21 (22,1%).

Осуществим распределение ординантов по наличию детей: нет детей – 37 (39,0%), есть дети – 58 (61,0%).

*Таким образом, все 95 участников данного эмпирико-экспериментального исследования дважды проходили восемь психодиагностических методик.*

### **Цель и гипотезы эмпирико-экспериментального исследования**

**Цель** нашего эмпирико-экспериментального исследования состояла в изучении эффективности естественно-психического метода психотерапии аутоординационного направления, разработанного В.А. Янышевой [2, С. 104-124; 4, С. 65-71; 12, С. 66-74; 13, С. 58-64; 14, С. 178-186; 15, С. 88-101; 16; 17; 18, С. 192-204; 19, С. 188-204; 20, С. 171-189; 21, С. 58-67; 22, С. 234-247].

**Основная гипотеза** нашего эмпирико-экспериментального исследования была такова: аутоординационная психотерапия естественно-психическим методом приведет к улучшению качества жизни ординантов (клиентов) за счет положительных изменений в разных сферах его личности. Таким образом, в качестве общей теоретической гипотезы мы предполагали, что аутоординационная психотерапия благоприятствует человеку в улучшении качества своей жизни благодаря положительным изменениям в его когнитивной, эмоциональной, мотивационной, коммуникативной сферах личности.

### **Эмпирические гипотезы настоящего исследования**

*Эмпирическая гипотеза № 1.* Мы предположили, что показатели самооффективности у наших ординантов ощутимо возрастут.

*Эмпирическая гипотеза № 2.* Мы предположили, что конфронтация, дистанцирование, бегство/избегание у наших ординантов значительно уменьшатся; а самоконтроль, поиск социальной поддержки, положительная переоценка значимо возрастут.

*Эмпирическая гипотеза № 3.* Мы предположили, что у наших ординантов значительно позитивируются аспекты образа «Я», доброжелательности в отношении общества, чувства справедливости социума, восприятия себя как удачливого человека, самоконтроля.

*Эмпирическая гипотеза № 4.* Мы предположили, что показатели личностной активности, реализма, активного оптимизма у наших ординантов ощутимо возрастут, а показатели пассивного оптимизма, активного пессимизма и пассивного пессимизма заметно снизятся.

*Эмпирическая гипотеза № 5.* Мы предположили, что выраженность самоактуализации у наших ординантов значимо повысится.

*Эмпирическая гипотеза № 6.* Мы предположили, что уровень стресса и степень психической напряженности у наших ординантов значительно понизятся.

*Эмпирическая гипотеза № 7.* Мы предположили, что у наших ординантов повысится степень позитивного эмоционального отношения субъекта к наличной ситуации, понизится уровень негативного эмоционального отношения субъекта к наличной ситуации и уменьшится уровень относительно устойчивых индивидуальных переживаний тревожно-депрессивного комплекса, опосредующих субъективное отношение человека к наличной ситуации.

*Эмпирическая гипотеза № 8.* Мы предположили, что такие показатели экзистенциального кризиса, как «бесмысленность жизни (бесмысленность социальных связей; бесмысленность дела, профессии, карьеры; обесценивание человеческой жизни»; «неудовлетворенность собой и жизнью (неудовлетворенность собой, неудовлетворенность своим прошлым, неудовлетворенность своим настоящим)»; «тяжелые переживания (отчаяние, страдание, чувство вины)» и «проблемы свободы и ответственности» у наших ординантов значимо понизятся.

### **Методы и методики эмпирического исследования**

В настоящем эмпирическом исследовании были использованы психодиагностические [1, С. 41-43, С. 218-219, С. 229, С. 231, С. 324, С. 235-239, С. 296-304; 3; 7, С. 141-142, С. 183-185; 8, С. 98-106; 9, С. 46-54; 10, С. 353; 11, С. 71-77] и математико-статистические методы [5; 6].

## **Психодиагностические методы эмпирического исследования**

В рамках психодиагностических методов были проведены следующие **восемь психодиагностических тестовых стандартизированных методик**.

1. Методика «**Шкала общей самооффективности**». Авторы: Шварцер Р., Ерусалем М. Источник: Шварцер Р., Ерусалем М., Ромек В.Г. Русская версия шкалы общей самооффективности Р. Шварцера и М. Ерусалема // Иностранная психология, № 7, 1996. – 71-77с. [11]

2. Методика «**Способы совладающего поведения**» (WCQ). Авторы: Лазарус Р., Фолкман С. Адаптация: Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В., Замышляева М.С. Источник: Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с. – 235-239с. [1]

3. Методика «**Шкала базисных убеждений**» (WAS). Автор: Янофф-Бульман Р. Адаптация: Падун М.А. Источник: Падун М.А., Котельникова А.В. Модификация методики исследования базисных убеждений личности Р. Янофф-Бульман // Психологический журнал, 2008. Т. 29. – № 4. – 98-106с. [8]

4. Методика «**Шкала оптимизма и активности**» (AOS). Авторы: Шуллер И., Комуниани А. Адаптация: Водопьянова Н.Е., Штейн М. Источник: Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. — СПб.: Питер, 2009. – 336 с. – 296-304с. [1]

5. Методика «**Personal Orientation Inventory**» («POI»), или – «Краткий индекс самоактуализации». Автор: Шостром Э. Модификация: «Questionnaire of personal orientations», или – «Опросник личностных ориентаций» Джоунс А., Крэндалл Р. Источник: Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. – СПб.: Питер, 2006. – 419 с. – 353с. [10]

6. Методика «**Шкала психологического стресса**» (PSM-25). Авторы: Лемур, Тесье, Филлион. Адаптация: Водопьянова Н.Е. Источник: Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с. – 41-43с. [1]

7. Методика «**Шкала дифференциальных эмоций**» (ШДЭ). Автор: Изард К. Адаптация: Леонова А.В., Капица М.С. Источник: Леонова А.Б., Кузнецова А.С. Психологические технологии управления состоянием человека. – Москва: Смысл, 2007. – 311 с. – 141-142, – 183-185с. [7]

8. Методика «**Переживание экзистенциального кризиса**» (ПЭК). Автор: Сенкевич Л.В. Источник: Сенкевич Л.В. Опросник «Переживание экзистенциального кризиса»: Первый этап апробации // Системная психология и психология. Т. 4. № 16, 2015. – 46-54с. [9]

## **Математико-статистические методы эмпирического исследования**

Данные, полученные в ходе эмпирического психодиагностического исследования, обрабатывались в программе Microsoft Office Excel 2019 и в статистическом пакете SPSS 15. Для подтверждения/опровержения эмпирических гипотез данного исследования и оценки достоверности

найденных различий между полученными показателями нами были использованы следующие процедуры математической обработки данных и статистические критерии: описательная статистика; W-критерий Вилкоксона; критерий Макнемара (Хи-квадрат Макнемара) [5; 6].

Приведём краткие **определения** названных **математико-статистических методов**.

**1. Описательная статистика.** Это математико-статистический метод, позволяющий наглядно представить статистические параметры обрабатываемых данных: минимальное и максимальное значение, среднее значение, стандартное отклонение, стандартную ошибку среднего (Кричевец А.Н., Дьячков А.Г., Шикин Е.В. Математика для психологов. – Москва: Флинта, 2014. – 376с.; Кричевец А.Н., Корнеев А.А., Рассказова Е.И. Математическая статистика для психологов. Учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования. – М.: Издательский центр «Академия», 2012. – 400 с.). [5; 6]

**2. W-критерий Вилкоксона** предназначен для сравнения двух зависимых выборок по уровню выраженности какого-либо признака, имеющегося у каждой из этих выборок (Кричевец А.Н., Дьячков А.Г., Шикин Е.В. Математика для психологов. – Москва: Флинта, 2014. – 376с.; Кричевец А.Н., Корнеев А.А., Рассказова Е.И. Математическая статистика для психологов. Учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования. – М.: Издательский центр «Академия», 2012. – 400 с.). [5; 6]

**3. Критерий Макнемара (Хи-квадрат Макнемара),** предназначенный для сравнения двух зависимых выборок по уровню выраженности какого-либо признака, имеющегося у каждой из этих выборок (Кричевец А.Н., Дьячков А.Г., Шикин Е.В. Математика для психологов. – Москва: Флинта, 2014. – 376с.; Кричевец А.Н., Корнеев А.А., Рассказова Е.И. Математическая статистика для психологов. Учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования. – М.: Издательский центр «Академия», 2012. – 400 с.). [5; 6].

**Сравнительно-описательный анализ психодиагностических результатов и математико-статистических данных по первому и второму этапам психодиагностики общей выборки эмпирико-экспериментального исследования.**

Далее, в качестве экспериментальной проверки эмпирических гипотез, мы приводим **сравнительно-описательный анализ математико-статистических данных и психодиагностических результатов** ординантов (респондентов) нашей общей социальной выборки (эмпирической базы, составившей 95 человек), на первом и втором психодиагностических этапах: до проведения 15 сессий психотерапии аутоординационного направления (первый этап психодиагностического лонгитюдного исследования)

и после проведения 15 сессий психотерапии аутоординационного направления (второй этап психодиагностического лонгитюдного исследования), **произведенный согласно восьми эмпирическим гипотезам настоящего эмпирического исследования.**

**Эмпирическая гипотеза № 1.** Показатели самооффективности у ординантов ощутимо возрастут. Данные по эмпирической математико-статистической проверке этой гипотезы, согласно использованию методики «Шкала общей самооффективности», авторы: Шварцер Р., Ерусалем М. [11, С. 71-77], мы приводим далее, в Табл. 1.

**Таблица № 1**

**Математико-статистическая эмпирическая проверка гипотезы № 1 согласно применению методики «Шкала общей самооффективности»**  
Р. Шварцера и М. Ерусалема, в адаптации В.Г. Ромека

Параметр (шкала)	До психотерапии АН		После психотерапии АН		W-критерий Вилкоксона	P-уровень
	М	SD	М	SD		
Общая самооффективность	26,55	7,92	30,25	7,61	- 3,418	0,001

*Примечание.* АН – аутоординационное направление, М – медиана среднего, SD – стандартное отклонение.

После проведения психотерапии аутоординационного направления (АН) у ординантов **показатель общей самооффективности** статистически значимо увеличился ( $p = 0,001$ ) с низкого до среднего уровня выраженности. Это означает, что в результате психотерапии АН ординанты стали в большей степени считать себя способными действовать успешно, обдуманно, практично, продуктивно. Возникшая вера в свои силы и в эффективность своих действий позитивизирует поведение ординантов, – они становятся более активными, амбициозными, деятельными, полными энергии, упорными, твердыми в своих суждениях.

Ординанты стали более уверенными в своих способностях и успешности своих действий, и поэтому стали меньше бояться и избегать ситуаций деятельности и взаимодействия, с которыми, как они считали до психотерапии АН, они не могли справиться.

После психотерапии АН ординанты обрели большее спокойствие и в определенной мере избавились от ощущения беспомощности, депрессивных переживаний, пониженной самооценки, пессимистических мыслей, страхов, апатии.

Ординанты стали более мотивированными, способными и желающими ставить перед собой более высокие и сложные цели, принимающими решения более легко, быстро, продуктивно, эффективно.

Ординанты стали ощущать себя более психологически и соматически здоровыми, социально интегрированными, ориентированными на высокие достижения и добывающимся их.

**Сравнительно-описательный анализ** математико-статистических данных и психодиагностических результатов респондентов (ординантов) нашей общей социальной выборки (эмпирической базы, составившей 95 человек), на первом и втором психодиагностических этапах: до проведения 15 сессий психотерапии аутоординационного направления (первый этап психодиагностического лонгитюда) и после проведения 15 сессий психотерапии аутоординационного направления (второй этап психодиагностического лонгитюда), **произведенный по второй эмпирической гипотезе настоящего исследования**, приведен дальше.

**Эмпирическая гипотеза № 2.** Конфронтация, дистанцирование, бегство/избегание у ординантов значительно уменьшатся; а самоконтроль, поиск социальной поддержки, положительная переоценка значимо возрастут.

Данные по эмпирической математико-статистической проверке этой гипотезы, согласно использованию методики «Способы совладающего поведения» (WCQ), авторы: Лазарус Р., Фолкман С., адаптация: Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В., Замышляева М.С. [1, С. 235-239], мы приводим далее, в Табл. 2.

**Таблица № 2**

**Математико-статистическая эмпирическая проверка гипотезы № 2  
согласно применению методики**

**«Способы совладающего поведения» (WCQ),**

Р. Лазаруса и С. Фолкмана, в адаптации Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк,  
М.С. Замышляевой

Параметр (шкала)	До психотерапии АН		После психотерапии АН		W-критерий Вилкоксона	P-уровень
	M	SD	M	SD		
Конфронтация	55,32	17,79	50,41	19,62	- 2,290	0,022
Дистанцирование	51,83	19,42	45,79	21,86	- 2,899	0,004
Самоконтроль	63,96	14,99	59,66	22,88	- 0,801	0,423
Поиск социальной поддержки	66,02	21,80	60,35	19,91	- 1,765	0,078
Принятие ответственности	61,84	25,97	67,37	21,25	- 1,180	0,238
Бегство-избегание	57,15	18,01	43,25	19,53	- 5,352	0,000
Планирование решения проблемы	64,27	20,25	69,77	19,34	- 2,863	0,004
Положительная переоценка	65,61	18,78	68,42	19,96	- 1,483	0,138

*Примечание. АН – аутоординационное направление, M – медиана среднего, SD – стандартное отклонение.*

После осуществления психотерапии аутоординационного направления (АН) следующие показатели копинг-стратегий у ординантов изменились статистически значимо.

**Показатель конфронтации** снизился ( $p = 0,022$ ). Это означает, что в результате психотерапии АН ординанты стали реже действовать нецеленаправленно, хаотично, слабо рационально, излишне напористо, агрессивно, импульсивно, враждебно.

Ординанты стали менее конфликтными, менее склонными к отреагированию негативных эмоций для избавления от эмоционального напряжения.

До психотерапии АН ординанты могли нередко действовать неоправданно упрямо и упорно, без коррекции своего поведения, без адаптации к внешним обстоятельствам.

В результате осуществления психотерапии АН ординанты стали более эмоционально и поведенчески гибкими, готовыми к дискуссиям и компромиссам, к эффективному планированию и рациональному прогнозированию возможных результатов.

**Показатель дистанцирования** снизился ( $p = 0,004$ ). Это означает, что в результате психотерапии АН ординанты стали менее склонными к тому, чтобы справляться с негативными переживаниями и трудностями за счет снижения субъективной значимости происходящих событий.

До психотерапии АН ординанты в большей мере предпочитали эмоционально отстраняться от неблагоприятных ситуаций с помощью рационализации, юмора, обесценивания своих потребностей, чувств, желаний, мыслей, эмоций, а также с помощью недооценки реальных возможностей нахождения выхода и преодоления трудностей.

После проведения психотерапии АН ординанты стали более взвешенно, открыто, уверенно относиться к текущим ситуациям и проблемам.

**Показатель бегства/избегания** снизился ( $p = 0,000$ ). Это означает, что после произведения психотерапии АН ординанты в случае негативных эмоций и проблемных ситуаций стали в меньшей мере проявлять пассивность, раздражительность и нетерпение, игнорировать текущее положение дел, стремиться избегать мыслей или чувств относительно проблемы с помощью различных способов: фантазирование (мечтание, грезы), чрезмерное употребление еды или алкоголя.

Ординанты стали менее склонными к неоправданным, безосновательным ожиданиям, к краткосрочному снижению тяжелого эмоционального дискомфорта окольными путями вместо устранения источника такого напряжения.

После прохождения психотерапии АН ординанты стали чувствовать готовность действовать ответственно, без отвлечений в стрессовых ситуациях, не накапливая трудности и нерешенные проблемы.

**Показатель планирования решения проблемы** увеличился ( $p = 0,004$ ). Это означает, что после осуществления психотерапии АН ординанты стали более склонными анализировать происходящее в своей жизни, а также на основе такого анализа и оценки внешних обстоятельств, собственного опыта, имеющихся ресурсов разного характера выстраивать стратегии разрешения трудностей, составлять планы своих действий, прогнозировать влияние своих действий на ситуации жизни и деятельности.

Ординанты стали более способными не акцентировать внимание лишь на собственном эмоциональном состоянии, возникающем в ответ на трудную ситуацию, а проявлять готовность и намерение конструктивно и планомерно размышлять над обстоятельствами жизнедеятельности и о своем взаимодействии с ними.

После проведения психотерапии АН, на уровне статистической тенденции, **показатель поиска социальной поддержки** снизился ( $p = 0,078$ ). Это означает, что после прохождения психотерапии АН ординанты стали испытывать меньшее желание обращаться за разного рода помощью к окружающим, – такая помощь могла носить информационный, материальный, финансовый, временной или эмоциональный характер, а более полагаться на себя, на свои силы, возможности и способности.

Подобный факт свидетельствует о том, что ординанты стали более уверенными в себе, менее зависимыми от других людей и от собственных ожиданий относительно них, стали более готовыми действовать самостоятельно, опираясь на свои внутренние ресурсы.

**Сравнительно-описательный анализ** математико-статистических данных и психодиагностических результатов респондентов (ординантов) нашей общей социальной выборки (эмпирической базы, составившей 95 человек), на первом и втором психодиагностических этапах: до проведения 15 сессий психотерапии аутоординационного направления (первый этап психодиагностического лонгитюда) и после проведения 15 сессий психотерапии аутоординационного направления (второй этап психодиагностического лонгитюда), **произведенный по третьей эмпирической гипотезе настоящего исследования**, приведен дальше.

**Эмпирическая гипотеза № 3.** У ординантов значительно позитивируются аспекты образа Я, доброжелательности в отношении общества, чувства справедливости социума, восприятия себя как удачливого человека, возрастет самоконтроль.

Данные по эмпирической математико-статистической проверке этой гипотезы, согласно использованию методики «**Шкала базисных убеждений**» (WAS), автор – Янофф-Бульман, адаптация – Падун М.А. [8, С. 98-106], мы приводим далее, в Табл. 3.

Таблица № 3

**Математико-статистическая эмпирическая проверка гипотезы № 3  
согласно применению методики «Шкала базисных убеждений» (WAS)  
Янофф-Бульман, в адаптации М.А. Падун**

Параметр (шкала)	До психотерапии АН		После психотерапии АН		W-критерий Вилкоксона	P-уровень
	M	SD	M	SD		
Доброжелательность окружающего мира	5,04	2,75	7,08	2,09	- 6,254	0,000
Справедливость	4,31	2,69	6,77	1,98	- 7,227	0,000
Образ Я	3,51	2,09	7,93	1,94	- 8,333	0,000
Удача	5,26	3,40	7,75	1,98	- 6,198	0,000
Убеждения о контроле	4,54	2,82	6,87	1,83	- 6,692	0,000

*Примечание. АН – аутоординационное направление, M – медиана среднего, SD – стандартное отклонение.*

После произведения психотерапии аутоординационного направления (АН) все базисные убеждения ординантов статистически значимо положительно изменились и увеличились в степени выраженности.

**Показатель доброжелательности окружающего мира** у ординантов (p-уровень) составил:  $p = 0,000$ . Это означает, что после осуществления психотерапии АН ординанты стали в большей мере доверять окружающему миру, открыто и честно взаимодействовать с ним, поскольку мир, по мнению ординантов, уже настроен к ординантам доброжелательно, а не враждебно в социальном плане.

**Показатель справедливости** у ординантов (p-уровень) составил:  $p = 0,000$ . Это означает, что после проведения психотерапии АН ординанты стали более склонными придерживаться той точки зрения, что каждому воздается по его заслугам: хорошие и плохие события происходят в жизни людей сообразно их поступкам, словам, действиям.

Это хорошо для наших ординантов потому, что они понимают уже, что их жизнедеятельность зависит от них самих.

Можно также утверждать, что в результате прохождения психотерапии АН ординанты стали в большей мере считать так, что в мире больше добра, а не зла, что мир полон смысла и существует по законам справедливости, что они в ответ на добро получают добро, а не зло.

**Показатель образа Я** у ординантов (p-уровень) составил:  $p = 0,000$ . Это означает, что после произведения психотерапии АН ординанты в значитель-

ной мере стали считать себя хорошими людьми в самом широком смысле.

Они стали рассматривать себя в качестве тех людей, которые достойны любви, уважения, признания, вежливости, чуткости, заботы.

Ординанты теперь сильнее чувствуют и принимают ценность и значимость себя самих как личностей, индивидуальностей.

**Показатель отношения к своей удаче** у ординантов (р-уровень) составил:  $p = 0,000$ . Это означает, что после психологической работы в психотерапии АН ординанты стали считать себя более везучими людьми, полагать, что жизнь для них позитивна, что они – хорошие и удачливые в своей жизнедеятельности люди.

**Показатель убеждения о контроле** у ординантов (р-уровень) составил:  $p = 0,000$ . Это означает, что после производства психотерапии АН ординанты в большей степени стали считать так, что они способны успешно контролировать различные события в своей жизни.

Здесь можно также говорить о локусе контроля, который в результате психотерапии АН стал позитивно интернальным: ординанты теперь убеждены в том, что своими действиями они могут изменить свои проблемные ситуации и положительно повлиять на свою жизнь в целом.

**Сравнительно-описательный анализ** математико-статистических данных и психодиагностических результатов респондентов (ординантов) нашей общей социальной выборки (эмпирической базы, составившей 95 человек), на первом и втором психодиагностических этапах, – до проведения 15 сессий психотерапии аутоординационного направления (первый этап психодиагностического лонгитюда), и после проведения 15 сессий психотерапии аутоординационного направления (второй этап психодиагностического лонгитюда), **произведенный по четвёртой эмпирической гипотезе настоящего исследования**, приведен здесь, дальше.

**Эмпирическая гипотеза № 4.** Показатели личностной активности, реализма, активного оптимизма у наших ординантов ощутимо возрастут, а показатели пассивного оптимизма, активного пессимизма и пассивного пессимизма заметно снизятся.

Данные по эмпирической математико-статистической проверке этой гипотезы, согласно использованию методики «**Шкала оптимизма и активности**» (AOS). Авторы: Шуллер И., Комуниани А. Адаптация: Водопьянова Н.Е., Штейн М. [1, С. 296-304], мы приводим далее, в Табл. 4.

Таблица № 4

**Математико-статистическая эмпирическая проверка гипотезы № 4  
согласно применению методики  
«Шкала оптимизма и активности» (AOS)**

И. Шуллер, А. Комуниани, в адаптации Н.Е. Водопьяновой, М. Штейн

Параметр (шкала)	До психотерапии АН		После психотерапии АН		W-критерий Вилкоксона	P-уровень
	М	SD	М	SD		
Оптимизм	15,95	5,97	19,68	3,23	- 5,726	0,000
Активность	19,21	5,63	22,71	5,89	- 4,409	0,000

*Примечание.* АН – аутоординационное направление, М – медиана среднего, SD – стандартное отклонение.

После осуществления психотерапии аутоординационного направления (АН) у ординантов **показатель оптимизма** статистически значимо увеличился:  $p = 0,000$ . Это означает, что после психокоррекционной работы в психотерапии АН ординанты стали более жизнерадостными, бодрыми, оценивающими свое будущее в более ярких, радужных красках, верящими в положительный результат своих действий, убежденными в том, что в мире и в жизни больше хорошего, чем плохого, что с трудностями всегда можно справиться.

После проведения психотерапии аутоординационного направления (АН) у ординантов **показатель активности** статистически значимо увеличился:  $p = 0,000$ . Это значит, что по результатам произведения психотерапии АН ординанты стали существенно более готовыми занимать активную жизненную позицию, устойчивыми к стрессу и негативным внешним раздражителям, способными выбирать и реализовывать наиболее подходящую для конкретной ситуации стратегию поведения.

Далее рассмотрим общую выборку (95 человек) ординантов, которым присущ тот или иной тип личности, по методике «Шкала оптимизма и активности» (AOS) И. Шуллер, А. Комуниани, в адаптации Н.Е. Водопьяновой, М. Штейн (Табл. 5).

Таблица № 5

**Математико-статистическая эмпирическая проверка гипотезы № 4  
согласно применению методики  
«Шкала оптимизма и активности» (AOS)**

И. Шуллер, А. Комуниани, в адаптации Н.Е. Водопьяновой, М. Штейн,  
*по типу личности ординантов общей выборки*

Подробное название типа личности	Сокращённое название типа личности	До психотерапии АН	После психотерапии АН	Хи-квадрат Макнемара	P-уровень
Негативист или активный пессимист	Негативист	17,90%	2,10%	10,316	0,002

Энтузиаст или активный оптимист	Энтузиаст	11,60%	34,70%	14,700	0,000
Жертва или пассивный пессимист	Жертва	26,30%	3,20%	18,375	0,000
Лентяй или пассивный оптимист	Лентяй	29,50%	22,10%	1,714	0,191
Прагматик или реалист	Реалист	14,70%	37,50%	12,250	0,000

*Примечание. АН – аутоординационное направление, М – медиана среднего, SD – стандартное отклонение.*

После прохождения нашими ординантами психотерапии аутоординационного направления (АН) **в общей выборке** ординантов (95 человек = 100%) **произошли** статистически значимые **изменения показателей**, которые положительно отражают число ординантов со следующими параметрами **личностных типов**.

**Негативист или активный пессимист.** До проведения психотерапии АН было 17,9% ординантов этого типа, после использования психотерапии АН их количество – 2,1% (на 15,6% или в 8,5 раз меньше),  $p = 0,002$ . Наши ординанты стали существенно менее склонны демонстрировать высокую активность разрушительного характера как в обычной жизнедеятельности, так и при столкновении с проблемами.

Они в этой связи заметно менее используют агрессию, которая ранее нередко служила им основной стратегией преодоления трудных ситуаций.

Какое-то свое недовольство и несогласие такие ординанты ранее зачастую выражали язвительными словами, сарказмом, оскорблениями, явным или скрытым сопротивлением в отношении договоренностей с другими, принятых правил и законов.

После реализации психотерапии АН все эти отрицательные тенденции у данных ординантов практически отсутствуют.

**Энтузиаст или активный оптимист.** До проведения психотерапии АН было 11,6% ординантов этого типа, после использования психотерапии АН их количество – 34,7% (на 23,1% или в 3 раза больше),  $p = 0,000$ . Такие ординанты отличаются жизнерадостностью, бодростью, отсутствием склонности к унынию, отсутствием угнетенного настроения и, тем более, апатии.

Они считают, что позитивное будущее возможно и в определенной мере неизбежно – нужно лишь произвести необходимые действия.

В трудных ситуациях эти ординанты не теряют присутствия духа и веры в собственные силы, не боятся проблем и не избегают их решения.

**Жертва или пассивный пессимист.** До совершения психотерапии АН было 26,3% ординантов подобного типа, после реализации психотерапии

АН их количество – 3,2% (на 23,1% или в 8,2 раза меньше),  $p = 0,000$ . Такие ординанты ранее чаще всего находились в подавленном, мрачном или тоскливом настроении.

Они не верили в улучшение ситуации ни посредством своих действий (поэтому они предпочитали не проявлять активность), ни с помощью других людей.

Эти ординанты раньше не стремились менять свою жизнь к лучшему, часто использовали стратегию избегания и ухода при столкновении с проблемами, считали себя жертвами обстоятельств.

После свершения психотерапии АН все эти негативные тенденции у данных ординантов не наблюдаются.

**Лентяй или пассивный оптимист.** До проведения психотерапии АН было 29,5% ординантов данного типа, после использования психотерапии АН их количество – 22,1% (на 7,4% или в 1,33 раза меньше),  $p = 0,191$ . Такие ординанты были уверены в том, что им не нужно прилагать усилия для того, чтобы все было хорошо, ведь все хорошее якобы случится само собой.

Им было свойственно вялое добродушие, бесхребетная бесконфликтность, трусливая доброжелательность, мнимое умение видеть в плохих событиях нечто хорошее и полезное, склонность надеяться на счастливый случай и пассивно ждать его, откладывать принятие решений.

После реализации психотерапии АН все эти отрицательные тенденции у данных ординантов практически отсутствуют.

**Прагматик или реалист.** До проведения психотерапии АН было 14,7% ординантов такого типа, после использования психотерапии АН их количество – 37,5% (на 23,2% или в 2,6 раза больше),  $p = 0,000$ . Такие ординанты адекватно, всесторонне, взвешенно оценивают трудные ситуации, собственные способности и возможности.

Этот подход к себе приводит к адекватному уровню притязаний и ожиданий, к стрессоустойчивости, эмоциональной стабильности.

**Стоит особо отметить следующие эмпирические факты.** До проведения психотерапии АН в общей выборке преобладали следующие типы личностей: пассивный оптимист (29,5% ординантов), пассивный пессимист (26,3% ординантов) и активный пессимист (17,9% ординантов).

После совершения психотерапии АН в общей выборке чаще преобладают следующие типы личности: реалист (37,5% ординантов), активный оптимист (34,7% ординантов) и пассивный оптимист (22,1% ординантов).

Таким образом, благодаря совершению психотерапии аутоординационного направления (АН) среди ординантов нашей общей выборки явно увеличилось количество реалистов и оптимистов разного, в основном, активного, оптимистического рода.

Это свидетельствует о близкой к максимальной эффективности психотерапии аутоординационного направления (АН), производимой естественно-психическим методом, что мы наглядно отображаем на Рис. 1 (на гистограмме ниже) по проведенному выше анализу методики «Шкала оптимизма и активности» (AOS) И. Шуллер, А. Комуниани, в адаптации Н.Е. Водопьяновой, М. Штейн, *по позитивной динамике трансформации типа личности ординантов нашей общей выборки после проведения психотерапии АН.*



*Рисунок № 1 – Гистограмма распределения ординантов общей выборки по типам личности согласно результатам методики «Шкала оптимизма и активности» (AOS) И. Шуллер, А. Комуниани, в адаптации Н.Е. Водопьяновой, М. Штейн, до и после прохождения ими психотерапии аутоординационного направления*

**Сравнительно-описательный анализ** математико-статистических данных и психодиагностических результатов респондентов (ординантов) нашей общей социальной выборки (эмпирической базы, составившей 95 человек), на первом и втором психодиагностических этапах: до проведения 15 сессий психотерапии аутоординационного направления (первый этап психодиагностического лонгитюда) и после проведения 15 сессий психотерапии аутоординационного направления (второй этап психодиагностического лонгитюда), **осуществленный по пятой эмпирической гипотезе настоящего исследования**, приведен дальше.

**Эмпирическая гипотеза № 5.** Выраженность самоактуализации у наших ординантов значительно повысится.

Данные по эмпирической математико-статистической проверке этой гипотезы, согласно использованию методики «**Personal Orientation Inventory**» («**POI**»), или – «Краткий индекс самоактуализации». Автор: Шостром Э. Модификация: «**Questionnaire of personal orientations**», или – «Опросник личностных ориентаций» Джоунс А., Крэндалл Р. [10, С. 353], мы приводим далее, в Табл. № 6.

**Таблица № 6**

**Математико-статистическая эмпирическая проверка гипотезы № 5  
согласно применению методики**

**«Personal Orientation Inventory» («POI»),**

или «Краткий индекс самоактуализации» Э. Шострома,

модификация «**Questionnaire of personal orientations**»,

или «Опросник личностных ориентаций» А. Джоунс, Р. Крэндалл

Параметр (шкала)	До психотерапии АН		После психотерапии АН		W-критерий Вилкоксона	P-уровень
	M	SD	M	SD		
Самоактуализация	38,97	9,04	46,02	8,12	- 6,137	0,000

*Примечание. АН – аутоординационное направление, M – медиана среднего, SD – стандартное отклонение.*

После того как была проведена психотерапия аутоординационного направления (АН), у ординантов общей выборки показатель самоактуализации статистически значимо повысился до высокого уровня ( $p = 0,000$ ). Мы полагаем то, что в результате психотерапии АН ординанты нашей общей выборки в большей мере готовы выявлять, раскрывать и развивать свой личностный потенциал. Они существенно в большей степени мотивированы на самосовершенствование и склонны намного более самостоятельно определять свой вектор развития и свой путь, становясь такими, какими они всегда хотели быть, то есть, – лучшей версией себя самих.

Человек, обладающий значительным уровнем самоактуализации, характеризуется следующим образом: открыт окружающему миру, изучает новое, оптимистично оценивает будущее, принимает себя и окружающих, мало подвластен предрассудкам или стереотипам, независим в своих суждениях и действиях, интуитивен и естественен, демократичен, обладает чувством юмора, креативен, живет настоящим (здесь и сейчас), сохраняет свою индивидуальность, не навязывает свою волю другим.

Таким образом, наши ординанты явно актуализировали свою потребность в самореализации, самосовершенствовании, самоактуализации в общеличностном, социально-профессиональном плане, – благодаря прохождению ими психотерапии АН.

**Сравнительно-описательный анализ** математико-статистических данных и психодиагностических результатов респондентов (ординантов)

нашей общей социальной выборки (эмпирической базы, составившей 95 человек), на первом и втором психодиагностических этапах, – до проведения 15 сессий психотерапии аутоординационного направления (первый этап психодиагностического лонгитюда), и после проведения 15 сессий психотерапии аутоординационного направления (второй этап психодиагностического лонгитюда), **произведенный по шестой эмпирической гипотезе настоящего исследования**, приведен здесь, дальше.

**Эмпирическая гипотеза № 6.** Уровень стресса и степень психической напряженности у наших ординантов значительно понизятся.

Данные по эмпирической математико-статистической проверке этой гипотезы, согласно использованию методики «**Шкала психологического стресса**» (PSM-25). Авторы: Лемур, Тесье, Филлион. Адаптация: Водопьянова Н.Е. [1, С. 41-43], мы приводим далее, в Табл. № 7.

**Таблица № 7**

**Математико-статистическая эмпирическая проверка гипотезы № 6 согласно применению методики**

**«Шкала психологического стресса» (PSM-25)**

Лемур, Тесье, Филлион, адаптация Н.Е. Водопьяновой

Параметр (шкала)	До психотерапии АН		После психотерапии АН		W-критерий Вилкоксона	P-уровень
	M	SD	M	SD		
<b>Нервно-психическая напряженность</b>	<b>104,14</b>	<b>39,67</b>	<b>76,31</b>	<b>29,17</b>	<b>- 6,922</b>	<b>0,000</b>

*Примечание. АН — аутоординационное направление, M — медиана,*

*SD — стандартное отклонение.*

После того, как с ординантами нашей общей выборки была проведена психотерапия аутоординационного направления (АН), у них показатель нервно-психической напряженности статистически значимо уменьшился до низкого уровня выраженности ( $p = 0,000$ ). В этой связи мы постулируем то, что в результате прохождения психотерапии АН наши ординанты в значительно меньшей степени лично испытывают состояние психологического стресса.

Ординанты теперь менее капризны, менее рассеянны, менее слезливы, менее эмоционально нестабильны, менее беспокойны, менее раздражительны, менее тревожны, менее психологически уязвимы.

Таким образом, согласно данным использования методики «Шкала психологического стресса» (PSM-25) Лемура, Тесье, Филлиона, в адаптации Н.Е. Водопьяновой, – ординанты, после проведения психотерапии АН, более оптимистично настроены, менее апатичны, меньше страдают от бессонницы или сонливости, мышечного напряжения, физической и психической усталости, ощущения безысходности, загнанности, бессмы-

сленности, всплеск гнева, психосоматических проблем с сердечно-сосудистой, эндокринной, пищеварительной, нервной, опорно-двигательной, репродуктивной системами, проблем с памятью и вниманием.

**Сравнительно-описательный анализ** математико-статистических данных и психодиагностических результатов респондентов (ординантов) нашей общей социальной выборки (эмпирической базы, составившей 95 человек), на первом и втором психодиагностических этапах, – до проведения 15 сессий психотерапии аутоординационного направления (первый этап психодиагностического лонгитюда), и после проведения 15 сессий психотерапии аутоординационного направления (второй этап психодиагностического лонгитюда), **осуществленный по седьмой эмпирической гипотезе настоящего исследования**, приведен здесь, дальше.

**Эмпирическая гипотеза № 7.** У наших ординантов повысится степень позитивного эмоционального отношения субъекта к наличной ситуации, понизится уровень негативного эмоционального отношения к наличной ситуации и уменьшится уровень относительно устойчивых индивидуальных переживаний тревожно-депрессивного комплекса, опосредующих субъективное отношение к наличной ситуации.

Данные по эмпирической математико-статистической проверке этой гипотезы, согласно использованию методики «**Шкалы дифференциальных эмоций**» (ШДЭ). Автор: Изард К. Адаптация: Леонова А.В., Капица М.С. [7, С. 141-142, С. 183-185], мы приводим далее, в Табл. 8.

**Таблица № 8**

**Математико-статистическая эмпирическая проверка гипотезы № 7  
согласно применению методики  
«Шкалы дифференциальных эмоций» (ШДЭ)  
К. Изарда, адаптация А.В. Леонова, М.С. Капица.**

Параметр (шкала)	До психотерапии АН		После психотерапии АН		W-критерий Вилкоксона	P-уровень
	М	SD	М	SD		
Индекс положительных эмоций	21,81	6,70	25,62	5,14	– 4,790	0,000
Индекс острых негативных эмоций	33,08	9,62	15,52	6,58	– 8,322	0,000
Индекс тревожно-депрессивных эмоций	27,08	9,20	12,01	6,01	– 8,085	0,000

*Примечание.* АН – аутоординационное направление, М – медиана среднего, SD – стандартное отклонение.

После того, как естественно-психическим методом была проделана психотерапия аутоординационного направления (АН), все показатели, отражающие эмоциональное состояние ординантов нашей общей выборки, статистически явно изменились.

Показатель индекса положительных эмоций значимо повысился:  $p = 0,000$ . Таким образом, эмоционально-чувственная сфера наших ординантов в результате совершения психотерапии АН существенно позитивировалась. Они в заметно большей мере испытывают положительные эмоциональные состояния: ощущение радости, интереса к себе, к другим, к своей деятельности и миру в целом, жизнерадостности, приятного удивления, удовлетворенности, доброты, хорошей расслабленности, легкости, безмятежности.

У ординантов общей выборки показатель индекса острых негативных эмоций значимо снизился:  $p = 0,000$ . Итак, в результате того, что наши ординанты прошли психотерапию АН, они гораздо реже пребывают в состоянии гнева, горя, презрения, отвращения, ненависти, ярости, агрессии, злости, ревности.

У наших ординантов показатель индекса тревожно-депрессивных эмоций значимо снизился:  $p = 0,000$ . В итоге психологической серьезной работы путем естественно-психического метода психотерапии АН, ординанты практически перестали испытывать отрицательные чувства ложной вины, социального стыда, страха, невротической тревоги; освободились от депрессивных переживаний, преодолели нервозность, апатию, уныние, прекратили пессимистично оценивать свое настоящее и будущее.

**Сравнительно-описательный анализ** математико-статистических данных и психодиагностических результатов респондентов (ординантов) нашей общей социальной выборки (эмпирической базы, составившей 95 человек), на первом и втором психодиагностических этапах: до проведения 15 сессий психотерапии аутоординационного направления (первый этап психодиагностического лонгитюдного исследования) и после проведения 15 сессий психотерапии аутоординационного направления (второй этап психодиагностического лонгитюдного исследования), **осуществленный по восьмой эмпирической гипотезе настоящего исследования**, приведен далее.

**Эмпирическая гипотеза № 8.** Мы предположили, что у наших ординантов значимо понизятся такие показатели экзистенциального кризиса, как: **а)** «бессмысленность жизни», включая бессмысленность социальных связей, бессмысленность дела, профессии, карьеры и обесценивание человеческой жизни; **б)** «неудовлетворённость собой и жизнью», включая неудовлетворённость собой, неудовлетворённость своим прошлым, неудовлетворённость своим настоящим; **в)** «проблемы свободы и ответственности»; **г)** «тяжёлые переживания», включая одиночество, незащищённость, а также отчаяние, страдание и чувство вины.

Данные по эмпирической математико-статистической проверке этой гипотезы, согласно использованию методики «**Переживание экзистен-**

циального кризиса» (ПЭК). Автор: Сенкевич Л.В. [9, С. 46-54], мы приводим в Табл. 9.

Таблица № 9

**Математико-статистическая эмпирическая проверка гипотезы № 8  
согласно применению методики**

**«Переживание экзистенциального кризиса» (ПЭК)**

Л.В. Сенкевич

Кластер (объединение шкал по методике)	Параметр (шкала)	До психотерапии АН		После психотерапии АН		W-критерий Вилкоксона	P-уровень
		M	SD	M	SD		
1. «Бесмысленность жизни»	1.A. Бесмысленность социальных связей	-3,70	11,29	-13,06	6,35	-6,954	0,000
	1.B. Бесмысленность дела, профессии и карьеры	-1,95	11,17	-12,54	6,90	-6,743	0,000
	1.B. Обесценивание человеческой жизни	-3,07	10,14	-10,44	5,73	-5,917	0,000
2. «Неудовлетворённость собой и жизнью»	2.A. Неудовлетворённость собой	-3,19	10,52	-12,09	7,75	-6,893	0,000
	2.B. Неудовлетворённость своим прошлым	-1,00	10,15	-9,97	7,56	-6,375	0,000
	2.B. Неудовлетворённость своим настоящим	0,16	10,38	-9,24	6,23	-6,701	0,000
3. «Проблемы свободы и ответственности»	3. Проблемы свободы и ответственности	-0,05	8,70	-11,02	8,08	-7,716	0,000
4. «Тяжёлые переживания»	4.A. Одиночество	-0,33	9,76	-13,80	6,02	-8,292	0,000
	4.B. Незащищённость	0,12	9,66	-13,39	7,22	-7,916	0,000
	4.B. Отчаяние, страдание и чувство вины	-0,62	9,74	-15,78	4,45	-8,389	0,000

Примечание. АН – аутоординационное направление, M – медиана среднего, SD – стандартное отклонение.

После того, как была осуществлена психотерапия в аутоординационном направлении (АН) естественно-психическим методом, все показатели в нашей общей выборке, отображающие негативные аспекты переживания экзистенциального кризиса, статистически значимо уменьшились до низкого уровня выраженности.

1. Кластер «Бессмысленность жизни», включающий шкалы (параметры): 1.А. – бессмысленность социальных связей, 1.Б. – бессмысленность дела, профессии, карьеры и 1.В. – обесценивание человеческой жизни.

1.А. Показатель бессмысленности социальных связей составил:  $p = 0,000$ . Мы делаем вывод о том, что после психотерапии в аутоординационном подходе отношение ординантов к окружающим людям и отношение ординантов к себе в общении с другими людьми положительно изменилось.

Ординанты перестали полагать, что окружающие люди агрессивны, враждебны, эмоционально холодны и черствы, не способны сопереживать и понимать.

Ординанты теперь не боятся сильных, глубоких эмоциональных привязанностей, дружбы, любви, не страшатся взаимодействовать с окружающими в любых ролевых отношениях.

Ординанты не проявляют неприятие, отторжение эмоционально близких отношений.

1.Б. Показатель бессмысленности дела, профессии и карьеры составил:  $p = 0,000$ . Мы делаем вывод о том, что после прохождения психотерапии аутоординационного направления социально-профессиональная сторона личности ординантов позитивно трансформировалась.

После психотерапии АН ординанты значительно меньше испытывают недовольство и раздражение относительно профессиональной своей деятельности, которая раньше воспринималась ими как рутинная, не имеющая смысла, не отражающая собственные интересы и призвание ординантов и даже, как ведущая к личностным деформациям профессионально-социальная активность.

Ординанты прекратили обесценивать содержание своего труда, свой профессиональный и карьерный рост, положительно оценивают важность своего интереса к их трудовой деятельности и хотят самосовершенствования. У ординантов явно выросла внутренняя социальная мотивация, не связанная с оплатой труда, то есть, они стали видеть свои социально-профессиональные перспективы и ценить их.

1.В. Показатель обесценивания человеческой жизни составил:  $p = 0,000$ . Мы делаем вывод о том, что после применения естественно-психического метода аутоординационной психотерапии у ординантов нашей выборки заметно увеличилась общая осмысленность жизни.

Ординанты сущностно освободились от преобладания пассивности, опустошенности, бесцельности, скуки, апатии, уныния, тоски, печали.

Эти негативные переживания у них теперь значимо не возникают из-за изменившейся точки зрения на жизнь: она воспринимается ими как важная, содержательная, осмысленная, – как с позиции человеческого существования, так и с позиции некоего предназначения свыше.

2. Кластер «Неудовлетворённость собой и жизнью», включающий шкалы (параметры): 2.А. – неудовлетворённость собой, 2.Б. – неудовлетворённость своим прошлым, 2.В. – неудовлетворённость своим настоящим.

2.А. Показатель неудовлетворённости собой составил:  $p = 0,000$ . Мы делаем вывод о том, что после использования естественно-психического метода аутоординационной психотерапии у ординантов нашей общей выборки явно возросло самопринятие себя как личности.

Ординанты теперь постулируют себя в качестве привлекательных в самых разных аспектах, – в плане интеллекта, успешности, внешности, сексуальности, находчивости, креативности, амбициозности.

Они полагают свое поведение правильным с точки зрения позитивной оценки его результатов.

Когнитивный, эмоциональный и поведенческий аспекты самооценки ординантов значительно позитивизировались.

2.Б. Показатель неудовлетворённости своим прошлым составил:  $p = 0,000$ . Наш вывод состоит в том, что после применения естественно-психического метода аутоординационной психотерапии у ординантов нашей выборки значимо увеличилось положительное принятие своего прошлого, позитивное отношение к нему и положительная оценка прошедшего.

Ординанты теперь приязненно, конструктивно относятся к событиям своего прошлого: к близким отношениям, реализованным возможностям и планам, даже к совершенным ошибкам.

Они перестали корить себя за ошибки прошлого, контрпродуктивно эмоционально проживать их раз за разом без формулирования выводов, считать, что уже ничего нельзя исправить.

2.В. Показатель неудовлетворённости своим настоящим составил:  $p = 0,000$ . Наш вывод таков, что после осуществления естественно-психического метода аутоординационной психотерапии у ординантов нашей общей выборки заметно возросло как принятие своей настоящей, текущей, жизнедеятельности, так и принятие себя самих в своем настоящем.

Таким образом, ординанты прекратили излишне раздражаться, разочаровываться, отчаиваться относительно текущего положения дел в своей жизни.

У них пошел карьерный рост, активизировалось индивидуальное развитие в эмоционально близких отношениях, произошел подъем интереса к содержанию своей профессиональной деятельности, сформировалось стремление к социальному становлению, к личным достижениям.

3. Показатель шкалы «Проблемы свободы и ответственности» составил:  $p = 0,000$ . Итак, после испытывания на себе естественно-психического метода аутоординационного направления психотерапии наши ординанты продуктивно и самостоятельно производят жизненные выборы и социально-профессиональные действия.

Они принимают на себя ответственность за свою жизнедеятельность, полагают то, что свобода выбора действительно существует в их жизни, что они вольны действовать в соответствии с собственными конструктивными представлениями, желаниями, не обращая излишнего внимания на манипулятивные поступки других людей.

4. Кластер «Тяжёлые переживания», включающий шкалы (параметры): 4.А. – одиночество, 4.Б. – незащищенность, 4.В. – отчаяние, страдание и чувство вины.

4.А. Показатель одиночества составил:  $p = 0,000$ . В ходе применения естественно-психического метода аутоординационной психотерапии ординанты общей выборки чувствуют себя признанными в социуме, включенными в процессы общения и взаимодействия, достаточно справедливо оцененными, видят понимание и уважение со стороны окружающих людей и ощущают свое уважение и понимание к ним.

4.Б. Показатель незащищённости составил:  $p = 0,000$ . В процессе использования естественно-психического метода аутоординационной психотерапии ординанты нашей общей выборки ощущают себя нужными, полезным, принятыми, признанными, защищенными в социальных контактах, которые оцениваются ими теперь как безболезненные, содержащие социальную поддержку, приятные, комфортные.

4.В. Показатель отчаяния, страдания и чувства вины составил  $p = 0,000$ . Таким образом, по итогам проведения естественно-психического метода аутоординационной психотерапии ординанты нашей выборки избавились от ложной экзистенциальной вины и ложного социального стыда внутрилично и в отношениях с окружающими людьми.

Ординанты считают себя более совершенными, перестали уничивать и корить себя и прекратили все время страдать из-за своих ошибок и потерь.

Они теперь не отчаиваются, не впадают в страдание, не боятся жизни, не трепещут перед неизбежностью смерти, не испытывают разочарования от прожитых лет – словом, позитивно относятся к самим себе, окружающим людям и к реальной социальной действительности.

***Итак, все наши эмпирические гипотезы экспериментально подтверждены. Таким образом, наша теоретическая гипотеза подтверждена через совокупность эмпирических гипотез, путем практического подтверждения которых мы доказали эту общую гипотезу.***

**Основная гипотеза нашего эмпирико-экспериментального исследования, получившая свое полное подтверждение, была такова: аутоординационная психотерапия естественно-психическим методом приведет к улучшению качества жизни ординанта (клиента) за счет положительных изменений в разных сферах его личности.**

*Мы видим: действительно, аутоординационная психотерапия благоприятствует человеку в улучшении качества его жизни благодаря положительным изменениям в его когнитивной, эмоциональной, мотивационной, коммуникативной сферах личности.*

Значит, **цель** нашего **эмпирико-экспериментального исследования**, состоящая в изучении эффективности естественно-психического метода психотерапии аутоординационного направления, разработанного В.А. Янышевой, **полностью достигнута.**

### Литература

1. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса / Н.Е. Водопьянова. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с., 41-43с., 218-219с., 229с., 231с., 324с., 235-239с., 296-304с.
2. Донцов Д.А. Информационная модель взаимосвязи сознательного и бессознательного в психическом с позиции трактовки эго-состояний в аутоординационном подходе / Д.А. Донцов // Экспериментальная психология в социальных практиках: сборник научных статей по материалам конференции / Под ред. В.А. Барабанщикова, В.В. Селиванова. – Москва: Издательство МГППУ, 2022. – 294с. – 104-124с.
3. Донцов Д.А. Психологическая диагностика. Учебное пособие и практикум для студентов всех форм обучения специальностей/направлений подготовки, профессиональной переподготовки и повышения квалификации психологического профиля [Текст] / Д.А. Донцов. Издание 3-е, дополненное. – Москва: РУСАЙНС, 2019. – 292с.
4. Кольчугина З.А. Аутоординационное направление в психологии и психотерапии эмоций и чувств личности в отношениях со значимыми близкими другими / З.А. Кольчугина // Консультативная психология и неклиническая психотерапия. Материалы V Всероссийской научно-практической онлайн конференции с международным участием. Москва, 25-26 декабря 2021 г. / Под ред. В.Ю. Меновщикова. – М.: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт), 2021. – 212с. – 65-71.
5. Кричевец А.Н., Дьячков А.Г., Шикин, Е.В. Математика для психологов / А.Н. Кричевец А. Г. Дьячков Е. В. Шикин. – Москва: Флинта, 2014. – 376с.
6. Кричевец А.Н., Корнеев А.А., Рассказова Е.И. Математическая статистика для психологов. Учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования / А. Н. Кричевец, А. А. Корнеев, Е. И. Рассказова. – М.: Издательский центр «Академия», 2012. – 400с.

7. Леонова А.Б., Кузнецова А.С. Психологические технологии управления состоянием человека. – Москва: Смысл, 2007. – 311 с. – 141-142с., 183-185с.
8. Падун М.А., Котельникова А.В. Модификация методики исследования базисных убеждений личности Р. Янофф-Бульман / М.А. Падун, А.В. Котельникова // Психологический журнал, 2008. Т. 29. – № 4. – 98-106с.
9. Сенкевич Л.В. Опросник «Переживание экзистенциального кризиса»: Первый этап апробации / Л.В. Сенкевич // Системная психология и социология. Т. 4. – № 16, 2015. – 46-54с.
10. Шварцер Р., Ерусалем М., Ромек В.Г. Русская версия шкалы общей самооффективности Р. Шварцера и М. Ерусалема / Р. Шварцер, М. Ерусалем, В.Г. Ромек // Иностранная психология, № 7, 1996. – 71-77с.
11. Янышева В.А. Аутоординационный метод психотерапии: содержание метода и краткий обзор одной сессии / В.А. Янышева // Человеческий капитал. 2021. № 6 (150). – 66-74.
12. Янышева В.А. Естественно-психический метод в психологии и психотерапии аутоординационного направления / В.А. Янышева // Консультативная психология и неклиническая психотерапия. Материалы V Всероссийской научно-практической онлайн конференции с международным участием, Москва, 25-26 декабря 2021 г. / Под ред. В.Ю. Меновщикова. – М.: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт), 2021. – 212с. – 58-64с.
13. Янышева В.А. Естественно-психический метод – максимально эффективный инструмент психотерапии XXI века / В.А. Янышева // Человеческий капитал. № 4 (160), 2022. – 178-186с.
14. Янышева В.А., Донцов Д.А. Аутоординационное направление психотерапии / В.А. Янышева, Д.А. Донцов // Психологическое консультирование онлайн. № 2, 2022. – 88-101с.
15. Янышева В.А., Донцов Д.А. Аутоординационная психология и аутоординационная психотерапия психики человека естественно-психическим методом: монография / В.А. Янышева, Д.А. Донцов. Под науч. и общ. ред. М.В. Донцовой. – Москва: РУСАЙНС, 2022. – 197с.
16. Янышева В.А., Донцов Д.А. Диагностика эго-состояний личности в аутоординационном подходе: монография / В.А. Янышева, Д.А. Донцов. – Москва: РУСАЙНС, 2022. – 104с.
17. Янышева В.А., Донцов Д.А. Психодиагностика эго-состояний личности в контексте аутоординационного направления в психологии и психотерапии. Часть 1 / В.А. Янышева, Д.А. Донцов // Человеческий капитал. № 1 (169), 2023. – 192-204с.

18. Янышева, В.А., Донцов Д.А. Психодиагностика эго-состояний личности в контексте аутоординационного направления в психологии и психотерапии. Часть 2 (окончание, начало в № 1, 2023) / В.А. Янышева, Д.А. Донцов // Человеческий капитал. – 2023. – № 2 (170). – 188-204с.
19. Янышева, В.А., Донцов Д.А., Кольчугина З.А. Естественно-психический метод аутоординационного направления психологии и психотерапии и консультирование посредством Интернет / В.А. Янышева, Д.А. Донцов, З.А. Кольчугина // Человеческий капитал. 2023. – № 7 (175). – 171-189с.
20. Янышева В.А., Сенкевич Л.В. Влияние аутоординационного метода психотерапии на психическое и физическое состояние клиента / В.А. Янышева, Л.В. Сенкевич // Ученые записки Российского государственного социального университета. Т. 19. – № 3 (156), 2020. – 58-67с.
21. Янышева В.А., Сенкевич Л.В. Личностная трансформация как результат аутоординационного метода психотерапии / В.А. Янышева, Л.В. Сенкевич // Человеческий капитал. № 11 (143), 2020. – 234-247с.

**Янышев Сергей Константинович**

## **ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭГО-СОСТОЯНИЙ ЛИЧНОСТИ В АУТООРДИНАЦИОННОМ НАПРАВЛЕНИИ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ**

**Аннотация.** В данной статье произведен развернутый сравнительный количественный и качественный анализ психодиагностических результатов проведения методики В.А. Янышевой «Диагностика эго-состояний личности в аутоординационном подходе», имеющих у ординанта (клиента) до (I этап) и после (II этап) проведения 15 сессий аутоординационной психотерапии (АП) естественно-психическим методом (ЕПМ).

**Ключевые слова:** аутоординационная психотерапия, естественно-психический метод, ординант (клиент), эго-состояние, контролирующий родитель, опекающий родитель, взрослый, естественный ребенок, адаптивный ребенок; капризный, обиженный, бунтующий ребенок.

### **Этапы и организация эмпирико-экспериментального исследования**

Настоящее эмпирико-экспериментальное исследование было проведено в июле 2022 года. Как испытуемый в исследовании задействован был 1 человек, который являлся ординантом (клиентом) психолога-психотера-

певта аутоординационного направления психотерапии (АНП), проводимой естественно-психическим методом (ЕПМ). Данный ординант (клиент) – женщина 26 лет, не замужем, детей нет. Она имеет высшее образование по специальности «Экономика», по роду занятий – флорист. У данной клиентки (ординантки) имелись явственные отрицательные психосоматические проявления, которые путем ЕПМ АНП были нивелированы.

Методика В.А. Янышевой «Диагностика эго-состояний личности в аутоординационном подходе» предполагает три последовательно и обязательно осуществляющихся с каждым диагностируемым вариации ее проведения: 1) «Определение диагностируемым его эго-состояний относительно самого себя»; 2) «Определение диагностируемым своих эго-состояний согласно его отношению к другим людям»; 3) «Определение диагностируемым его эго-состояний с позиций отношения других людей к нему» [1, С. 129-136; 2, С. 321-328; 3; 4; 5; 6; 7, С. 361-367; 8; 14; 15, С. 192-204; 16, С. 188-204; 17, С. 171-189].

Отметим, что после психодиагностического первого этапа, именно на психотерапевтическом этапе данной экспериментально-эмпирической работы, имевшем место с 8 июля по 29 июля 2021 года, с ординантом была проведена аутоординационная психотерапия естественно-психическим методом в объеме 15 психотерапевтических сессий (в аутоординационном подходе эта фаза аутоординационной психотерапии называется психотерапевтической реанимацией) [9, С. 66-74; 10, С. 58-64; 11, С. 178-186; 12, С. 88-101; 13; 17, С. 171-189]. Затем был осуществлен второй психодиагностический этап и сделан сравнительный анализ полученных результатов, что мы и отразили в этой статье.

Таким образом, в данной статье представлены результаты эмпирико-экспериментальной психодиагностической работы с ординантом (клиентом) до и после проведения аутоординационной психотерапии, проводимой естественно-психическим методом. Это показано в таблицах №№ 1, 2, 3, отображающих итоги сравнительного психодиагностического анализа на первом этапе диагностики до проведения 15 сессий аутоординационного направления психотерапии естественно-психическим методом, и на втором этапе диагностики, после проведения 15 сессий аутоординационной психотерапии посредством естественно-психического метода.

### **Цель и гипотеза эмпирико-экспериментального исследования**

**Цель** этого эмпирико-экспериментального исследования: психодиагностически изучить результативность созданного В.А. Янышевой естественно-психического метода (ЕПМ) аутоординационного направления психотерапии (АНП) [9, С. 66-74; 10, С. 58-64; 11, С. 178-186; 12, С. 88-101; 13; 17, С. 171-189].

**Гипотеза** данного эмпирико-экспериментального исследования: в жизни и деятельности ординанта (клиента) аутоординационная психотерапия естественно-психическим методом приведет к исчезновению негативных мыслей, к позитивизации представлений, к положительности жизненных ситуаций, к продуктивности символизации и образной визуализации, к конструктивности и позитивности межличностных отношений, мотивов, эмоций, чувств, переживаний, телесных ощущений.

Таким образом, в качестве гипотезы мы предполагали, что аутоординационная психотерапия (АП) естественно-психическим методом (ЕПМ) благоприятствует человеку в улучшении качества его жизни благодаря исключительно положительным изменениям в основополагающих сферах его психики и личности: когнитивной, эмоциональной, мотивационной, коммуникативной.

Итак, данная методика В.А. Янышевой «Диагностика эго-состояний личности в аутоординационном подходе» проводится с использованием одного и того же содержания стимульного материала методики в трех измерениях (по трем разным инструктивным вопросам или вариантам постановки ключевого вопроса для респондентов), что будет видно по наименованиям таблиц №№ 1, 2, 3, и по анализу приведенных в данных таблицах результатов. Это следующие задачи, ставящиеся перед респондентами в трех прохождениях данной, единой по измерительному смысловому стимульному содержанию, методики: 1) определите Ваши эго-состояния в контексте Вашего отношения к самому себе; 2) определите Ваши эго-состояния в контексте Вашего отношения к значимым для Вас другим людям; 3) определите Ваши эго-состояния в контексте отношения к Вам значимых для Вас других людей [1, С. 129-136; 2, С. 321-328; 3; 4; 5; 6; 7, С. 361-367; 8; 14; 15, С. 192-204; 16, С. 188-204; 17, С. 171-189].

В общем плане отметим по использованию настоящей методики в процессе применения ЕПМ ПАН следующее. Если наиболее силен «Ребенок», то существует вероятность, что в этом случае в личности преобладают инфантильные качества. Такой человек может быть лишен рассудительности, чувства ответственности (либо напротив – гиперответственен), даже могут быть существенные проблемы с этическими нормами (если при этом «Родитель» выражен слабо). Если наиболее силен «Родитель», то велика вероятность, что такой человек склонен к критиканству, стереотипности мышления, излишнему консерватизму, а также, возможно, гиперопеке над окружающими.

***Сравнительный анализ результатов первого и второго  
психодиагностических этапов эмпирико-экспериментального  
исследования***

Далее, в Табл. 1, будет приведен анализ психодиагностических результатов проведения методики В.А. Янышевой «Диагностика эго-состояний личности в аутоординационном подходе», именно по первому варианту

этой методики: «Определение диагностируемым его эго-состояний относительно самого себя».

Таблица № 1

**Результаты респондента по первому варианту методики  
В.А. Янышевой «Диагностика эго-состояний личности  
в аутоординационном подходе»**

<b>Вариант 1. «Определение Эго-состояний личности по отношению к самому себе».</b>						
	Контролирующий родитель	Опекающий родитель	Взрослый	Естествен- ный ребенок	Адаптивный ребенок	КОБР
I этап	71	100	96	99	55	44
II этап	46	53	51	55	21	2

*Примечание. Показатели в %. КОБР – капризный, обиженный, бунтующий ребенок.*

Итак, на первом этапе психодиагностики, до осуществления психотерапии аутоординационного направления (ПАН), у респондента (клиента, ординанта) *показатель эго-состояния контролирующего родителя* составил 71%. После проведения ПАН, на втором этапе психодиагностики, у этого клиента (респондента, ординанта) *показатель эго-состояния контролирующего родителя* снизился до 46%. Уменьшившийся на 25% данный параметр показывает то, что посредством естественно-психического метода (ЕПМ) ПАН архистрогий внутренний «Контролирующий родитель», приводивший к хроническому дефициту ярких положительных эмоций, провоцировавший сверх контроль, стал явно слабее, чего удалось достигнуть с помощью психотерапии аутоординационного направления (ПАН).

На первом этапе психодиагностики, до осуществления ПАН, у респондента (ординанта) *показатель эго-состояния опекающего родителя* составил 100%. После проведения ПАН, на втором этапе психодиагностики, у этого ординанта (респондента) *показатель эго-состояния опекающего родителя* снизился до 53%. Таким образом, ПАН уменьшила излишне демонстративную гиперопеку, гиперпротекцию по отношению к себе у данной личности.

На первом этапе психодиагностики, до проведения ПАН, у респондента (ординанта) *показатель эго-состояния взрослого* составил 96%. После осуществления ПАН, на втором этапе психодиагностики, у этого ординанта (респондента) *показатель эго-состояния взрослого* снизился до 51%. У «Взрослого» практически отсутствуют эмоции, он принимает решения после логического размышления и анализа, не спонтанно. Имея такой высокий показатель до психотерапии, данная личность брала на себя слишком большую и непосильную ответственность для ее психологического типа личности.

Психосоциальное поле «Взрослого» было замусорено хламом предписаний «Родителя», а «Ребенок» блокирован, без возможности повлиять на «Взрослого». Перед нами был «классический педант», человек, лишенный умения и желания играть – сухарь, напоминающий ходячую механическую схему. ПАН позволила нивелировать «Взрослого», который непродуктивно сдерживал свои эмоции, полностью и жестко изолировал в себе «Ребенка» и «Родителя», так эго-состояния должны проявляться синтонно, на среднем уровне выраженности, для того, чтобы человек находился в гармоничном состоянии.

На первом этапе психодиагностики, до ПАН, у респондента (ординанта) *показатель эго-состояния естественного ребенка* составил 99%. После ПАН, на втором этапе психодиагностики, у этого ординанта (респондента) *показатель эго-состояния естественного ребенка* снизился до 50%. Слишком высокий этот показатель говорил об излишней спонтанности этого эго-состояния и самопотворствовании, игривости, независимости, импульсивности, поиска приключений, острых переживаний, риска. Оптимизировался характер естественного выхода энергии, естественность самовыражения, непосредственность побуждений.

На первом этапе психодиагностики, до ПАН, у данного респондента (ординанта) *показатель эго-состояния адаптивного ребенка* составил 55%. После ПАН, на втором этапе психодиагностики, у этого ординанта (респондента) *показатель эго-состояния адаптивного ребенка* снизился до 21%. Такого рода неадекватная адаптация ранее приводила данную личность к потере способности к внутренне достоверным чувствам, проявлениям любознательности, способности испытывать и вызывать истинную любовь, к замене собственных чувств и мыслей человека на ожидаемые от него чувства и мысли.

На первом этапе психодиагностики, до ПАН, у этого респондента (ординанта) *показатель эго-состояния бунтующего ребенка* составил 44%. После ПАН, на втором этапе психодиагностики, у этого ординанта (респондента) *показатель эго-состояния бунтующего ребенка* снизился до 2%, то есть свелись к минимуму несогласие с собственными родительскими требованиями, открытое противостояние родительским предписаниям, минимизировался негативизм, максимально снизилось неприятие любых правил и норм, практически ушли чувства гнева, возмущения и социальная враждебность.

Далее, в Табл. 2, будет приведен анализ психодиагностических результатов проведения методики В.А. Яньшевой «Диагностика эго-состояний личности в аутоординационном подходе», именно по второму варианту этой методики: «Определение диагностируемым эго-состояний в контексте отношения к значимым другим людям».

**Результаты респондента по второму варианту методики  
В.А. Янышевой «Диагностика эго-состояний личности  
в аутоординационном подходе»**

<b>Вариант 2.</b> <i>«Определение Эго-состояний личности по отношению к другим значимым людям»</i>						
	Контролирующий родитель	Опекающий родитель	Взрослый	Естественный ребенок	Адаптивный ребенок	КОБР
I этап	98	100	99	99	46	41
II этап	23	30	26	27	5	9

*Примечание. Показатели в %. КОБР – капризный, обиженный, бунтующий ребенок.*

На первом этапе психодиагностики, до ПАН, у респондента (ординанта) *показатель эго-состояния контролирующего родителя* составил 98%. После ПАН, на втором этапе психодиагностики, у этого ординанта (респондента) *показатель эго-состояния контролирующего родителя* снизился до 23%. Уменьшившийся на 25% этот параметр показывает то, как максимально позитивно работает ПАН.

На первом этапе психодиагностики, до психотерапии АН, у респондента (клиента) *показатель эго-состояния опекающего родителя* составил 100%. После ПАН, на втором этапе психодиагностики, у этого ординанта (респондента) *показатель эго-состояния опекающего родителя* снизился до 30%, что показывает максимальную эффективность ПАН.

На первом этапе психодиагностики, до ПАН, у респондента (ординанта) *показатель эго-состояния взрослого* составил 99%. После ПАН, на втором этапе психодиагностики, у этого клиента (респондента) *показатель эго-состояния взрослого* снизился до 26%, что свидетельствует об исключительной результативности ПАН.

На первом этапе психодиагностики, до ПАН, у респондента (ординанта) *показатель эго-состояния естественного ребенка* составил 99%. После ПАН, на втором этапе психодиагностики, у этого клиента (респондента) *показатель эго-состояния естественного ребенка* снизился до 27%. Это говорит об оптимальном эффекте ПАН.

На первом этапе психодиагностики, до ПАН, у респондента (ординанта) *показатель эго-состояния адаптивного ребенка* составил 46%. После ПАН, на втором этапе психодиагностики, у этого ординанта (респондента) *показатель эго-состояния адаптивного ребенка* снизился до 5%. Это показывает гармоничный эффект от ПАН.

На первом этапе психодиагностики, до ПАН, у респондента (ординанта) *показатель эго-состояния бунтующего ребенка* составил 41%. После

ПАН, на втором этапе психодиагностики, у этого ординанта (респондента) *показатель эго-состояния бунтующего ребенка* снизился до 9%. Это объективно демонстрирует гармоничный эффект ПАН.

Далее, в Табл. 3, будет приведен анализ психодиагностических результатов проведения методики В.А. Янышевой «Диагностика эго-состояний личности в аутоординационном подходе», именно по третьему варианту этой методики: «Определение диагностируемым его эго-состояний с позиций отношения других людей к нему».

Таблица № 3

**Результаты респондента по третьему варианту методики В.А. Янышевой «Диагностика эго-состояний личности в аутоординационном подходе»**

<b>Вариант 3.</b>						
<i>«Определение Эго-состояний личности по отношению других значимых людей»</i>						
	Контролирующий родитель	Опекающий родитель	Взрослый	Естественный ребенок	Адаптивный ребенок	КОБР
I этап	93	100	100	99	51	18
II этап	29	36	32	36	5	4

*Примечание. Показатели в %. КОБР – капризный, обиженный, бунтующий ребенок.*

На первом этапе психодиагностики, до ПАН, у респондента (ординанта) *показатель эго-состояния контролирующего родителя* составил 93%. После ПАН, на втором этапе психодиагностики, у этого ординанта (респондента) *показатель эго-состояния контролирующего родителя* снизился до 29%. Уменьшившийся на 25% параметр, показывает то, как ПАН гармонизирует личность.

На первом этапе психодиагностики, до ПАН, у респондента (ординанта) *показатель эго-состояния опекающего родителя* составил 100%. После ПАН, на втором этапе психодиагностики, у этого ординанта (респондента) *показатель эго-состояния опекающего родителя* снизился до 36%. Это свидетельствует о том, насколько ПАН оптимизирует личность.

На первом этапе психодиагностики, до ПАН, у респондента (ординанта) *показатель эго-состояния взрослого* составил 100%. После ПАН, на втором этапе психодиагностики, у этого клиента (респондента) *показатель взрослого* снизился до 32%. Это говорит о том, как ПАН делает личность более зрелой.

На первом этапе психодиагностики, до ПАН, у респондента (ординанта) *показатель эго-состояния естественного ребенка* составил 99%. После ПАН, на втором этапе психодиагностики, у этого ординанта (респондента)

показатель эго-состояния *естественного ребенка* снизился до 36%. Это проявляет собой то, что ПАН позитивно влияет на личностный рост.

На первом этапе психодиагностики, до ПАН, у респондента (ординанта) показатель эго-состояния *адаптивного ребенка* составил 51%. После ПАН, на втором этапе психодиагностики, у этого ординанта (респондента) показатель эго-состояния *адаптивного ребенка* снизился до 5%. Это выражает собою то, что ПАН очень благотворно действует на психосоциальную коммуникативную область проявлений личности.

На первом этапе психодиагностики, до ПАН, у респондента (ординанта) показатель эго-состояния *бунтующего ребенка* составил 18%. После ПАН, на втором этапе психодиагностики, у этого ординанта (респондента) показатель эго-состояния *бунтующего ребенка* снизился до 4%. Это демонстрирует то, что ПАН в самом лучшем смысле упорядочивает личность.

**Общие выводы по сравнительному анализу** результатов первого и второго психодиагностических этапов эмпирико-экспериментального исследования следующие [1, С. 129-136; 2, С. 321-328; 3; 4; 5; 6; 7, С. 361-367; 8; 14; 15, С. 192-204; 16, С. 188-204; 17, С. 171-189].

Следует обратить внимание на соотношение эго-состояний друг с другом. Хотя очевидно, что не существует «единственно правильного» распределения эго-состояний, тем не менее, на первом этапе психодиагностики по всем трем вариантам анализируемой методики (по отношению к самому себе, по отношению к другим значимым близким людям и по отношению других значимых близких людей к себе) была ситуация, когда слишком сильно выражены эго-состояние «Взрослый», эго-состояние «Естественный Ребенок», эго-состояние «Опекающий Родитель», эго-состояние «Контролирующий Родитель»; затем было проявлено со средним уровнем выраженности эго-состояние «Адаптивный Ребенок», и с низким уровнем выраженности – эго-состояние «Капризный, Обиженный, Бунтующий, Ребенок» («КОБР»).

На втором этапе психодиагностики эго-состояний наиболее выражены эго-состояние «Взрослый», эго-состояние «Естественный Ребенок», эго-состояние «Опекающий Родитель», эго-состояние «Контролирующий Родитель», – которые проявлены приблизительно в одинаковой степени и имеют средний уровень выраженности, что показывает позитивное, гармоничное, синтонное, зрелое психосоциальное состояние личности именно **после прохождения ПАН**. Эго-состояние «Адаптивный Ребенок» и эго-состояние «КОБР» имеют низкий уровень выраженности, что также является оптимальным во всех психосоциальных и коммуникативных аспектах проявлений Эго личности [9, С. 66-74; 10, С. 58-64; 11, С. 178-186; 12, С. 88-101; 13; 17, С. 171-189].

Таким образом, **психотерапия АН существенно позитивно** изменила смысловой содержательный характер распределения эго-состояний в структуре данной личности.

**Гипотеза** нашего эмпирико-экспериментального исследования, **получившая полное подтверждение**, была такова: в жизнедеятельности ординанта (клиента) аутоординационная психотерапия естественно-психическим методом приведет к исчезновению негативных мыслей, к позитивности представлений, к положительности жизненных ситуаций, к продуктивности символизации и образной визуализации, к позитивизации межличностных отношений, мотивов, эмоций, чувств, переживаний, телесных ощущений. Таким образом, мы предполагали, что аутоординационная психотерапия (АП) естественно-психическим методом (ЕПМ) благоприятствует человеку в улучшении качества его жизни благодаря исключительно положительным изменениям в основополагающих сферах его психики и личности: когнитивной, эмоциональной, мотивационной, коммуникативной.

*Мы наблюдаем, что аутоординационная психотерапия, проводимая естественно-психическим методом, исключительно благоприятно влияет на человека относительно улучшения качества его психической и социальной жизни в силу положительных динамических подвижек и изменений в его когнитивной, эмоциональной, мотивационной, коммуникативной сферах личности.*

У данной клиентки (ординантки) имелись явные отрицательные психосоматические проявления, которые путем ЕПМ АНП были нивелированы. Значит, **цель** нашего эмпирико-экспериментального исследования, состоящая в психодиагностическом изучении степени эффективности естественно-психического метода психотерапии аутоординационного направления, разработанного В.А. Янышевой, **полностью достигнута** [1, С. 129-136; 2, С. 321-328; 3; 4; 5; 6; 7, С. 361-367; 8; 9, С. 66-74; 10, С. 58-64; 11, С. 178-186; 12, С. 88-101; 13; 14; 15, С. 192-204; 16, С. 188-204; 17, С. 171-189].

### Литература

1. Айдимирова Л.А. Анализ психодиагностических результатов методики В.А. Янышевой «Диагностика эго-состояний личности в аутоординационном подходе» / Л.А. Айдимирова // Научно-практический альманах «Консультативная психология в России» – 2023. Том 1 / Под ред. В.Ю. Меновщикова. – М.: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт), 2023. – 312 с. – 129-136с.
2. Айдимирова Л.А. Психологическая диагностика эго-состояний личности в аутоординационном направлении В.А. Янышевой / Л.А. Ай-

- димирова. Статья в сборнике материалов конференции. Раздел V «Новое в психологии – информация к размышлению» // Современные направления исследований в психологии: вызовы третьего десятилетия XXI века: материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения заслуженного деятеля науки РФ, доктора философских наук, профессора Георгия Викторовича Телятникова, 30-летию факультета психологии Тверского государственного университета. Тверь, 1–2 июня 2023 г. – Тверь: Издательство Тверского государственного университета, 2023. – 434 с. – 321-328с.
3. Айдимирова Л.А. Психодиагностическое исследование личности ординанта по методике В.А. Янышевой «Диагностика эго-состояний личности в аутоординационном подходе» / Л.А. Айдимирова. Тезисы доклада. Секция «ПСИХОЛОГИЯ». Подсекция «Психологическое консультирование и психотерапия: теоретические, исследовательские и прикладные аспекты» // Материалы Международного молодежного научного форума «ЛОМОНОСОВ-2023» / Отв. ред. И.А. Алешковский, А.В. Андриянов, Е.А. Антипов, Е.И. Зимакова. [Электронный ресурс] – М.: МАКС Пресс, 2023.
  4. Данилина В.А. Исследование с применением психодиагностической методики В.А. Янышевой «Диагностика эго-состояний личности в аутоординационном подходе» / В.А. Данилина. Тезисы доклада. Секция «ПСИХОЛОГИЯ». Подсекция «Психологическое консультирование и психотерапия: теоретические, исследовательские и прикладные аспекты» // Материалы Международного молодежного научного форума «ЛОМОНОСОВ-2023» / Отв. ред. И.А. Алешковский, А.В. Андриянов, Е.А. Антипов, Е.И. Зимакова. [Электронный ресурс] – М.: МАКС Пресс, 2023.
  5. Донцов Д.А. Психологическая методика В.А. Янышевой «Диагностика эго-состояний личности в аутоординационном подходе». Доклад на международной ежегодной научной конференции «Ломоносов – 2023». Секция «ПСИХОЛОГИЯ». Подсекция «Психологические состояния личности в норме и патологии». Россия, 04 апреля 2023.
  6. Донцов Д.А., Янышева В.А. Психодиагностическое определение эго-состояний личности и психотерапевтическая работа с ними в аутоординационном подходе. Доклад на IV всероссийской научно-практической онлайн конференции с международным участием «Консультативная психология и неклиническая психотерапия: развитие сообщества профессионалов». Россия, 24-25 декабря 2022.

7. Кольчугина З.А., Янышева В.А. Эмпирико-экспериментальное выявление эффективности естественно-психического метода согласно методике «Диагностика эго-состояний личности в аутоординационном подходе» В.А. Янышевой / З.А. Кольчугина, В.А. Янышева // Вестник Академии управления и производства. 2023. – № 3. – 361-367с.
8. Янышев С.К. Изучение личности ординанта (клиента) посредством методики В.А. Янышевой «Диагностика эго-состояний личности в аутоординационном подходе» / С.К. Янышев. Тезисы доклада. Секция «ПСИХОЛОГИЯ». Подсекция «Психологическое консультирование и психотерапия: теоретические, исследовательские и прикладные аспекты» // Материалы Международного молодежного научного форума «ЛОМОНОСОВ-2023» / Отв. ред. И.А. Алешковский, А.В. Андриянов, Е.А. Антипов, Е.И. Зимакова. [Электронный ресурс] – М.: МАКС Пресс, 2023.
9. Янышева В.А. Аутоординационный метод психотерапии: содержание метода и краткий обзор одной сессии / В.А. Янышева // Человеческий капитал. 2021. № 6 (150). – 66-74с.
10. Янышева В.А. Естественно-психический метод в психологии и психотерапии аутоординационного направления / В.А. Янышева // Консультативная психология и неклиническая психотерапия. Материалы V Всероссийской научно-практической онлайн конференции с международным участием, Москва, 25-26 декабря 2021 г. / Под ред. В.Ю. Меновщикова. – М.: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт), 2021. – 212 с. – 58-64с.
11. Янышева В.А. Естественно-психический метод – максимально эффективный инструмент психотерапии XXI века / В.А. Янышева // Человеческий капитал. № 4 (160), 2022. – 178-186с.
12. Янышева В.А., Донцов Д.А. Аутоординационное направление психотерапии / В.А. Янышева, Д.А. Донцов // Психологическое консультирование онлайн. № 2, 2022. – 88-101с.
13. Янышева В.А., Донцов Д.А. Аутоординационная психология и аутоординационная психотерапия психики человека естественно-психическим методом: монография / В.А. Янышева, Д.А. Донцов. Под науч. и общ. ред. М.В. Донцовой. – Москва: РУСАЙНС, 2022. – 197с.
14. Янышева В.А., Донцов Д.А. Диагностика эго-состояний личности в аутоординационном подходе: монография / В.А. Янышева, Д.А. Донцов. – Москва: РУСАЙНС, 2022. – 104с.
15. Янышева В.А., Донцов Д.А. Психодиагностика эго-состояний личности в контексте аутоординационного направления в психологии

- и психотерапии. Часть 1 / В.А. Янышева, Д.А. Донцов // Человеческий капитал. № 1 (169), 2023. – 192-204с.
16. Янышева В.А., Донцов Д.А. Психодиагностика эго-состояний личности в контексте аутоординационного направления в психологии и психотерапии. Часть 2 (окончание, начало в № 1, 2023) / В.А. Янышева, Д.А. Донцов // Человеческий капитал. 2023. – № 2 (170). – 188-204с.
17. Янышева В.А., Донцов Д.А., Кольчугина З.А. Естественно-психический метод аутоординационного направления психологии и психотерапии и консультирование посредством Интернет / В.А. Янышева, Д.А. Донцов, З.А. Кольчугина // Человеческий капитал. 2023. – № 7 (175). – 171-189с.

Данилина Валентина Александровна

## ПСИХОТЕХНОЛОГИЯ ЕСТЕСТВЕННО-ПСИХИЧЕСКОГО МЕТОДА В АУТООРДИНАЦИОННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ КАК ПОСЛЕДСТВИЙ ОСТРОГО СТРЕССА И ПТСР

**Аннотация.** В данной статье кратко отображены результаты эмпирико-экспериментальной психотерапевтической деятельности с ординантом (клиентом) в ходе применения естественно-психического метода аутоординационной психотерапии. Данная деятельность представлена на примере протокола результатов осуществления аутоординационной психотерапевтической сессии, который отражает собой проработку разнообразных психосоматических травм, острых стрессов и ПТСР у ординанта (клиента), в том числе проявившихся у него в онкологическом заболевании.

**Ключевые слова:** психика, душа, тело, аутоординационное направление в психологии и психотерапии, ординант (клиент), негативные мысли, представления, ситуации, символы, визуализации, образы, отношения, мотивы, эмоции, чувства, переживания, телесные ощущения.

### Организация эмпирико-экспериментального исследования

Это эмпирико-экспериментальное исследование было проведено в сроки с марта по апрель 2021 года. Испытуемым (респондентом) в данном исследовании был 1 человек, который являлся моим ординантом (клиентом), а я выступала для него в профессиональном качестве психолога-психотерапевта аутоординационного направления психотерапии (АНП), осуществляемой естественно-психическим методом (ЕПМ).

Данный ординант (клиент) – женщина 45 лет, в разводе, 2 детей, одна внучка. Она имеет высшее образование по юриспруденции и психологии, а также профессиональную переподготовку с присвоением квалификации «аналитик данных», по профессии и роду профессиональных занятий – аналитик. С этим ординантом мной было проведено 45 аутоординационных психотерапевтических сессий путем использования ЕПМ АНП.

Уже после первых 15 аутоординационных сессий у ординантки произошли глобальные изменения. Симптомы онкологии, которые были представлены в медицинском диагнозе до психотерапии АНП, практически полностью исчезли. Затем был проведен второй этап в количестве 15 сессий ЕПМ АНП. Потом был проведен третий этап в количестве 15 сессий ЕПМ АНП. Спустя уже почти 3 года эта (клиентка) ординантка находится в онкологической ремиссии благодаря прохождению аутоординационной психотерапии естественно-психическим методом. Медики, онкологи не перестают удивляться ее очень хорошим результатам онкологических анализов, которые они не могут объяснить с медицинской точки зрения.

Таким образом, на первом психотерапевтическом этапе данной экспериментально-эмпирической работы, имевшем место с 27 марта по 28 апреля 2021 года, с этой ординанткой была проведена аутоординационная психотерапия (АП) путем ЕПМ, в объеме 15 психотерапевтических сессий (в аутоординационном подходе это называется психотерапевтической реанимацией) [1; 2; 3, С. 328-333; 4, С. 104-124; 5, С. 65-71; 6, С. 66-74; 7, С. 58-64; 8, С. 178-186; 9, С. 88-101; 10; 11, С. 171-189; 12, С. 58-67; 13, С. 234-247].

### **Цель и гипотеза эмпирико-экспериментального исследования**

**Цель** нашего эмпирико-экспериментального исследования состояла в выявлении уровня результативности созданного В.А. Янышевой естественно-психического метода (ЕПМ) психотерапии аутоординационного направления (ПАН) [1; 2; 3, С. 328-333; 4, С. 104-124; 5, С. 65-71; 6, С. 66-74; 7, С. 58-64; 8, С. 178-186; 9, С. 88-101; 10; 11, С. 171-189; 12, С. 58-67; 13, С. 234-247].

**Гипотеза** нашего эмпирико-экспериментального исследования состояла в том, что мы предположили следующее: в жизнедеятельности ординантки (клиентки) аутоординационная психотерапия (АП), проведенная ЕПМ, приведет к отсутствию негативных мыслей, к положительности представлений, к позитивности восприятия жизненных ситуаций, к конструктивности символизации и образной визуализации, к продуктивности межличностных отношений, мотивов, эмоций, чувств, переживаний, к позитивизации телесных ощущений.

Таким образом, содержательный научно-психологический смысл нашей гипотезы был в том, что АП ЕПМ благоприятствует человеку в улучшении качества его жизни благодаря исключительно положительным изменениям в основополагающих сферах его психики и личности: эмоциональной, мотивационной, когнитивной, коммуникативной.

**Ординант:** женщина, 45 лет, в разводе, 2-е детей (сын и дочь), одна внучка (дочка сына). Наши знакомые врачи-онкологи порекомендовали ей обратиться в МИППАН в марте 2021 года, когда она была в очень тяжелом онкологическом состоянии. Консилиум врачей вынес решение о 7-м по счету антибиотике, но температура у нее держалась порядка 40 градусов и не спадала с декабря 2020 года. После 5-й сессии аутоординационной психотерапии данную ординантку из медицинского онкологического учреждения выписали в удовлетворительном физическом онкологическом состоянии, с нормальной температуры.

Изначальный запрос данного ординанта (перед самой первой сессией): *научиться радоваться жизни*. Далее, в Табл. 1, мы приводим стандартный протокол именно первой аутоординационной психотерапевтической сессии с данной ординанткой (клиенткой).

**Таблица № 1**

**Типовой протокол проведения сессии аутоординационного направления психотерапии естественно-психическим методом**

1	Запрос ординанта на эту сессию: что хочет получить ординант по итогу данной сессии	Ординантка хочет снять нервное напряжение, из-за которого у нее возникло болезненное состояние. Ординантка имеет медицинский диагноз: С90.0 - Множественная миелома (код по МКБ-10).
2	Состояние ординанта на начало сессии	<p>- <b>в психике</b> (негативные мысли, представления, ситуации, символы, визуализации, образы, отношения, мотивы): выживет ли?</p> <p>- <b>на душе</b> (эмоции, чувства, переживания): взволнованная, переживает за свое состояние;</p> <p>- <b>в теле</b> (разнообразные телесные ощущения): головная боль, боль в спине, температура тела повышенная даже после сильного антибиотика – 38.7 (до этого было под 40).</p>
3	Упражнение «Визуализация себя в зеркале»	Видит себя гоблином, уродом, лысой. Она смирилась, что сейчас она без волос. Раньше все ее устраивало. Лицо ее теперь тоже ей очень не нравится, щеки увеличены из-за дексаметазона, пятна на лице. Видит лицо свое очень страшным, как в фильме ужасов, и оно ее пугает.
4	Тема и подтемы, продуцируемые психикой ординанта в данной сессии в АНП	Основная тема: комплексная «Обида»: на маму, на мужа, на детей из ее школы, которые обижали в детстве. Ординантка воспринимает себя в детстве, отрочестве, юности полнейшим «гадким утенком». «Меня клевали все. Все дети во дворе, в школе, дома – родители. В общем – все, все окружающие всю жизнь меня ненавидели».

5	<p>Сценарная программа, проработанная психикой ординанта в процессе данной сессии АНП. Очаг скрытого напряжения (ОСН)</p>	<p>Сценарная программа ее мамы: «Все всегда меня обижали и обижают» (у ее матери такой же рефрен был по жизни). Всю жизнь с самого рождения ординантка чувствовала нелюбовь и неприятие от ее мамы, своих детей, от окружающих людей, с самого детства ее наказывали, иногда и ни за что.</p> <p>Очаг скрытого напряжения (ОСН) сформировался в 3 года в ситуации, когда родители ее впервые публично побили ремнем за разбитую чашку. В психике ребенка произошла фиксация данной негативной ситуации. Она впоследствии отложилась в подсознании в виде этого ОСН. Далее подобная ситуация повторялась в жизни этой личности много раз в семье, в детском саду, в школе, на работе.</p> <p><i>Картинка:</i> ей 3-4 года. Родители ее бьют и отчитывают за разбитую чашку. И потом это повторялось часто по жизни. За каждую шалость, каждую провинность, а зачастую и просто так ее наказывали, били ремнем, обижали. Дети в школе и во дворе не принимали ее играть в свою компанию. Она могла стоять в сторонке и только наблюдать за процессом игры, чувствовала обиду неприятия, отчужденность.</p>
6	<p>Краткое описание сессии (процесс и особенности проработки самой психикой ординанта психотравматического материала в ходе сессии)</p>	<p>Тяжелые отношения с мамой. Мама – художник, и этим все сказано: она центр, пуп земли. Все должно вращаться вокруг мамы. Моральной поддержки ординантка от мамы никогда не ощущала, никогда не чувствовала от нее любви: ординантку не обнимали, не любили. Она сама не умела обниматься, научилась только тогда, когда у нее появились дети. И то ей было неудобно, когда дети обнимали ее. Ординантка отталкивала своих детей точно так же, как ее мама отталкивала ее саму. Более того, родители били ее каждый раз, даже бывало только за то, что она либо упадет, либо что-то разобьет: даже за разбитую чашку ей попадало ремнем. Были такие случаи, когда ее били в школе. Одноклассники и другие дети в школе и во дворе ее ненавидели: она получала от многих других детей в своем детстве тумаки. Когда она обращалась за помощью к родителям, просила их защиты, мама всегда отговаривалась: сама виновата, сама разбирайся. У ординантки было тяжелое детство, она ощущала нелюбовь, невнимание, отсутствие поддержки от родителей. В 15 лет папа хотел побить ординантку ремнем, но вместо того, чтобы защищаться, она встала перед отцом и сказала: ну на, бей! Похоже, отцу стало стыдно за свое поведение, что он опустил ремень и больше никогда не поднял на нее руку. В это время у нее были суицидальные мысли, было желание покончить с собой, но так ничего и не придумала, и от этого становилось очень больно. Ординантка плакала по ночам, ее никто не понимал, ее обижали и дети, и родители. Некому было помочь, не было поддержки, поэтому она себя не любила, даже ненавидела. Ей хотелось, чтобы ее любили просто так, а не за что-то. В 18 лет она лежала в больнице. Видя ее состояние, психолог пригласил маму поговорить с ней. Вместо нормального разговора мама накатала жалобу всему медицинскому персоналу учреждения, попало в больницу всем, то есть она не оказала поддержку, а наоборот. Однажды мама заметила ординантку: когда-нибудь ты меня поблагодаришь и скажешь: мало била. Ее собственные дети тоже не любили ее, а чуть ли не ненавидели!</p>

		<p>Когда ее дети повзрослели, ее муж стал увлекаться наркотиками, набрал много кредитов, влез в долги, стал таскать драгоценности и ценные дорогие вещи из дома. Ей пришлось с ним развестись, другого выхода из этого положения она уже не видела. Хотя первоначально у нее были прекрасные отношения с мужем, он хорошо ладил с детьми и любил ординантку. Он помогал ей во всем до своего увлечения наркоманией. После того, как бывший муж узнал о ее онкологической болезни, он стал снова ей помогать, хотя при этом все его кредиты ординантке пришлось закрывать самой, денег катастрофически не хватало даже на еду. При этом всем у ординантки проявляется чуть ли не ненависть, по крайней мере – явная нелюбовь к себе.</p> <p><i>Картинка:</i> подруга, у которой тоже онкология, говорит ей: болезнь дается для осознания себя. Что рак для нее – это самое лучшее, что произошло в ее жизни. После слов подруги ординантка задумалась: почему подруга так считает? Сама ординантка думала, что рак для нее – простая болезнь, что сейчас переболеет, оправится, то есть не испытывала страха.</p> <p>Процесс и особенности проработки психикой ординанта психотравматического материала в ходе сессии.</p> <p>Вариант 6.4 – «Смешанный»: сначала ординантка озвучила сегодняшнее свое состояние, затем вышла на отношения с мамой и увидела неприятие, нелюбовь и непонимание мамы, затем вернулась к сегодняшней ситуации в больнице и озвучила свое плачевное состояние, сопровождаемое очень высокой температурой и онкологическим диагнозом; по цепочке сценарной программы вспомнила свое детство во дворе, затем себя дома и в школе, потом себя в домашней обстановке с родителями. Вспомнила избиения родителями в отрочестве. После чего ее психика отразила психотравматические ситуации из замужней жизни: муж стал наркоманом, оставил много долгов по кредитам, стал таскать драгоценности и ценные дорогие вещи из дома. После этого подсознанием ординантки прорабатывается ситуация с ее подругой, тоже онкологической больной. Ординантка при этом упоминает промежуточные психотравматические ситуации, – дети не обращают внимания на ее болезни, игнорируя ее состояние, говоря, что «мама притворяется, манипулирует их отношением». В итоге аутоординационной сессии психика ординантки пришла к ее базовому ОСН. Ей 3-4 года, она видит то, как родители ее бьют и ругают за разбитую чашку.</p>
7	Изменения состояния ординанта в процессе психотерапевтической сессии	<p><b>в психике</b> (негативные мысли, представления, ситуации, символы, визуализации, образы, отношения, мотивы): негативные мысли на маму, противно от слов мамы, что «мало била»;</p> <p><b>на душе</b> (эмоции, чувства, переживания, аффективные состояния, эмоциональные ощущения): чувствует обиду неприятия, отчужденность;</p> <p><b>в теле</b> (разнообразные телесные ощущения): слабость, усталость, сил нет.</p>

8	Выводы ординанта по завершении данной сессии	В конце сессии: видит себя лысой, но уже спокойной. Была сильная обида на маму, на мужа, на детей в ее детстве в школе и обиды на себя, ненависть, нелюбовь к себе. В детстве ощущала непонимание родителей, во взрослой жизни – непонимание своего ребенка, свою ненужность близким людям. Увидела, как относилась ко всем агрессивно. Физическое состояние улучшилось, головная боль и боль в спине прошла, температура тела снизилась от 38.7 до 37.8. Ощутила легкость и спокойствие, впервые за долгое время своей болезни спокойно спала. Достаточно сильно открылась сегодня психологу, много обид подняла из прошлого. Ей очень интересно, и теперь с нетерпением будет ждать 2 сессии.
9	Результат работы: выводы аутоординационного психотерапевта по окончании сессии. Что проработал и что теперь будет иметь ординант, включая позитивную установку ординанту	Проработаны все темы, на душе и теле легко и спокойно, физическое состояние нормализовалось. Психика ординантки подсознательно и сознательно проработала актуальные ОСН, темы, подтемы и сценарий. Дана правильная установка на выздоровление. С этого дня ординантка начинает восстанавливаться, ее кровь обновляется, иммунитет повышается, температура нормализуется, и состояние ординантки тоже нормализуется. Онкологию ординантка победит, потому что сможет это сделать, ординантка и психолог-психотерапевт вместе это сделают.
10	Состояние ординанта сразу после окончания психотерапевтической сессии	<p><b>в психике</b> (негативные мысли, представления, ситуации, символы, визуализации, образы, отношения, мотивы): негативные мысли о непринятии и нелюбви ушли, вспомнила, что раньше так не раскрывалась перед психологами, не увидела ранее помощи от онко-психолога, сейчас в аутоординационной сессии увидела, как раскрылась и смогла выговориться полностью;</p> <p><b>на душе</b> (эмоции, чувства, переживания): нет негативных чувств, спокойно и ровно;</p> <p><b>в теле</b> (разнообразные телесные ощущения): температура спала до 37.8, прошли полностью головная боль и боль в спине.</p>

***Примечание.** В данной таблице № 1 информация изложена максимально близко к прямой речи ординантки (клиентки). Указание к пункту 6 таблицы 1. Описываем процесс и особенности проработки психикой ординанта психотравматического материала в ходе аутоординационной сессии. Учитываем специфику прохождения самой психикой ординанта пути переработки психотравматического материала в сессии от сегодняшней ситуации к первопричине. **6.1. «последовательно»** – от сегодняшней ситуации к предыдущей (причинно-следственная логика от настоящего в прошлое) и так далее поступательно, через все промежуточные предшествующие ситуации до первопричины ОСН; **6.2. «кругооборот»** – вариант «последовательно» циклично повторяется несколько раз; **6.3. «скачкообразно»** – от сегодняшней ситуации сразу до первопричины ОСН, затем снова к сегодняшней ситуации и потом снова к первопричине ОСН, и таким образом далее в сессии; **6.4. «смешанный»** – есть и последовательность, и кругооборот, и скачкообразность, то есть прорабатываются все следствия последовательно, а после этого происходит возврат к сегодняшней ситуации, а затем опять вспоминается первопричина. Данный «смешанный» способ может содержать в себе три указанных здесь варианта («последовательность», «кругооборот», «скачкообразно»), а может и два из них в любых вариациях; **6.5. «смешанно-переплетенный»** – сразу*

*идет отнесение к первопричине ОСН, а потом постепенно происходит возврат к сегодняшней ситуации. Или же сначала имеется отнесение к каким-либо следствиям ОСН. Таким образом, могут прорабатываться все промежуточные психотравматические ситуации (при этом иногда идет возврат к первопричине ОСН). Потом прорабатывается сегодняшняя ситуация. Все это может происходить несколько раз по всей цепочке прорабатываемых психотравм, являющихся следствиями данного ОСН. Отличим от просто «смешанного» варианта является то, что вариации «последовательность», «кругооборот», «скачкообразно» осуществляются психикой не постепенно, не по очереди, а сразу все вместе.*

**Гипотеза** нашего эмпирико-экспериментального исследования, **получившая полное подтверждение**, была следующей. В жизнедеятельности ординантки (клиентки) аутоординационная психотерапия (АП), проведенная естественно-психическим методом (ЕПМ), приведет к отсутствию негативных мыслей, к положительности представлений, к позитивности восприятия жизненных ситуаций, к конструктивности символизации и образной визуализации, к продуктивности межличностных отношений, мотивов, эмоций, чувств, переживаний, к позитивизации телесных ощущений. Итак, содержательный научно-психологический смысл нашей гипотезы был в том, что АП ЕПМ однозначно благоприятствует человеку в улучшении качества его жизни благодаря исключительно положительным изменениям в основополагающих сферах его психики и личности: эмоциональной, мотивационной, когнитивной, коммуникативной.

*Мы наблюдаем: несомненно, аутоординационная психотерапия благодаря уже даже одной психотерапевтической сессии (которая, правда, продолжалась 4 астрономических часа) однозначно благоприятно влияет на человека в контексте улучшения качества его психической и социальной жизни в силу явно положительной динамики и позитивных изменений эмоциональной, мотивационной, когнитивной, коммуникативной сферах (см. протокол аутоординационной сессии выше).*

Итак, **цель** нашего эмпирико-экспериментального исследования, которая состояла в выявлении уровня результативности созданного В.А. Янышевой естественно-психического метода (ЕПМ) психотерапии аутоординационного направления (ПАН), **безусловно, достигнута** [1; 2; 3, С. 328-333; 4, С. 104-124; 5, С. 65-71; 6, С. 66-74; 7, С. 58-64; 8, С. 178-186; 9, С. 88-101; 10; 11, С. 171-189; 12, С. 58-67; 13, С. 234-247].

## Литература

1. Айдимирова Л.А. Психодиагностическое исследование личности ординанта по методике В.А. Янышевой «Диагностика эго-состояний личности в аутоординационном подходе» / Л.А. Айдимирова. Тезисы доклада. Секция «ПСИХОЛОГИЯ». Подсекция «Психоло-

- гическое консультирование и психотерапия: теоретические, исследовательские и прикладные аспекты» // Материалы Международного молодежного научного форума «ЛОМОНОСОВ-2023» / Отв. ред. И.А. Алешковский, А.В. Андриянов, Е.А. Антипов, Е.И. Зимакова. [Электронный ресурс] – М.: МАКС Пресс, 2023.
2. [https://lomonosov-msu.ru/archive/Lomonosov\\_2023/data/section\\_33\\_28561.htm](https://lomonosov-msu.ru/archive/Lomonosov_2023/data/section_33_28561.htm) (Дата обращения: 25.10.2023)
  3. Данилина В.А. Исследование с применением психодиагностической методики В.А. Янышевой «Диагностика эго-состояний личности в аутоординационном подходе» / В.А. Данилина. Тезисы доклада. Секция «ПСИХОЛОГИЯ». Подсекция «Психологическое консультирование и психотерапия: теоретические, исследовательские и прикладные аспекты» // Материалы Международного молодежного научного форума «ЛОМОНОСОВ-2023» / Отв. ред. И.А. Алешковский, А.В. Андриянов, Е.А. Антипов, Е.И. Зимакова. [Электронный ресурс] – М.: МАКС Пресс, 2023.
  4. [https://lomonosov-msu.ru/archive/Lomonosov\\_2023/data/section\\_33\\_28561.htm](https://lomonosov-msu.ru/archive/Lomonosov_2023/data/section_33_28561.htm) (Дата обращения: 25.10.2023)
  5. Данилина В.А. Диагностика состояний эго личности в аутоординационном подходе / В.А. Данилина. Статья в сборнике материалов конференции. Раздел V «Новое в психологии – информация к размышлению» // Современные направления исследований в психологии: вызовы третьего десятилетия XXI века: материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения заслуженного деятеля науки РФ, доктора философских наук, профессора Георгия Викторовича Телятникова, 30-летию факультета психологии Тверского государственного университета. Тверь, 1–2 июня 2023 г. – Тверь: Издательство Тверского государственного университета, 2023. – 434 с. – 328-333с.
  6. Донцов Д.А. Информационная модель взаимосвязи сознательного и бессознательного в психическом с позиции трактовки эго-состояний в аутоординационном подходе / Д.А. Донцов // Экспериментальная психология в социальных практиках: сборник научных статей по материалам конференции / Под ред. В.А. Барабанщикова, В.В. Селиванова. – Москва: Издательство МГППУ, 2022. – 294 с. – 104-124с.
  7. Кольчугина З.А. Аутоординационное направление в психологии и психотерапии эмоций и чувств личности в отношениях со значимыми близкими другими / З.А. Кольчугина // Консультативная психология и неклиническая психотерапия. Материалы V Всероссийской научно-практической онлайн конференции с международным

- участием. Москва, 25–26 декабря 2021 г. / Под ред. В.Ю. Меновщикова. – М.: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт), 2021. – 212 с. – 65-71с.
8. Янышева В.А. Аутоординационный метод психотерапии: содержание метода и краткий обзор одной сессии / В.А. Янышева // Человеческий капитал. 2021. № 6 (150). – 66-74с.
  9. Янышева В.А. Естественно-психический метод в психологии и психотерапии аутоординационного направления / В.А. Янышева // Консультативная психология и неклиническая психотерапия. Материалы V Всероссийской научно-практической онлайн конференции с международным участием, Москва, 25-26 декабря 2021 г. / Под ред. В.Ю. Меновщикова. – М.: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт), 2021. – 212 с. – 58-64с.
  10. Янышева В.А. Естественно-психический метод – максимально эффективный инструмент психотерапии XXI века / В.А. Янышева // Человеческий капитал. № 4 (160), 2022. – 178-186с.
  11. Янышева В.А., Донцов Д.А. Аутоординационное направление психотерапии / В.А. Янышева, Д.А. Донцов // Психологическое консультирование онлайн. № 2, 2022. – 88-101с.
  12. Янышева В.А., Донцов Д.А. Аутоординационная психология и аутоординационная психотерапия психики человека естественно-психическим методом: монография / В.А. Янышева, Д.А. Донцов. Под науч. и общ. ред. М.В. Донцовой. – Москва: РУСАЙНС, 2022. – 197с.
  13. Янышева В.А., Донцов Д.А., Кольчугина З.А. Естественно-психический метод аутоординационного направления психологии и психотерапии и консультирование посредством Интернет / В.А. Янышева, Д.А. Донцов, З.А. Кольчугина // Человеческий капитал. 2023. – № 7 (175). – 171-189с.
  14. Янышева В.А., Сенкевич Л.В. Влияние аутоординационного метода психотерапии на психическое и физическое состояние клиента / В.А. Янышева, Л.В. Сенкевич // Ученые записки Российского государственного социального университета. Т. 19. – № 3 (156), 2020. – 58-67с.
  15. Янышева В.А., Сенкевич Л.В. Личностная трансформация как результат аутоординационного метода психотерапии / В.А. Янышева, Л.В. Сенкевич // Человеческий капитал. № 11 (143), 2020. – 234-247с.

## ЕСТЕСТВЕННО-ПСИХИЧЕСКИЙ МЕТОД В КАЧЕСТВЕ ПСИХОТЕХНОЛОГИИ АУТООРДИНАЦИОННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ТРАВМ, ОСТРЫХ СТРЕССОВ И ПТСР

**Аннотация.** В данной статье кратко представлены результаты эмпирико-экспериментальной психотерапевтической деятельности с ординантом (клиентом) в процессе аутоординационной психотерапии, проводимой естественно-психическим методом. Эта работа показана в результирующем протоколе проведения сессии аутоординационного направления психотерапии естественно-психическим методом, отображающем проработку различных психосоматических травм, острых стрессов и ПТСР у ординанта (клиента).

**Ключевые слова:** психика, душа, тело, аутоординационное направление в психологии и психотерапии, ординант (клиент), негативные мысли, представления, ситуации, символы, визуализации, образы, отношения, мотивы, эмоции, чувства, переживания, телесные ощущения.

### Краткое описание эмпирико-экспериментального исследования

Данное эмпирико-экспериментальное исследование было проведено в сроки с сентября по октябрь 2019 года. В качестве испытуемого в исследовании был задействован 1 человек, который являлся моим ординантом (клиентом), а я выступила для него в профессиональном амплуа психолога-психотерапевта аутоординационного направления психотерапии (АНП), проводимой естественно-психическим методом (ЕПМ).

Данный ординант (клиент) – женщина 57 лет, вдова, одна дочь, один внук. Она имеет среднее специальное образование по специальности «бухгалтер», по профессии и роду занятий была лаборантом-химиком, в данное время находится на пенсии. С этим ординантом мною было проведено 15 психотерапевтических сессий естественно-психическим методом (ЕПМ) аутоординационного направления психотерапии (АНП).

На этом психотерапевтическом этапе, называемом в аутоординационной психотерапии психотерапевтической реанимацией, имевшем место с 17 сентября по 19 октября 2019 года, с ординантом была проведена аутоординационная психотерапия естественно-психическим методом в объеме 15 психотерапевтических сессий [1, С. 129-136; 2, С. 321-328; 3; 4, С. 104-124; 5, С. 65-71; 6, С. 66-74; 7, С. 58-64; 8, С. 178-186; 9, С. 88-101; 10; 11, С. 171-189; 12, С. 58-67; 13, С. 234-247].

### Цель и гипотеза эмпирико-экспериментального исследования

**Цель** данного эмпирико-экспериментального исследования состояла в изучении действенности естественно-психического метода психотерапии аутоординационного направления, разработанного В.А. Янышевой [1, С. 129-136; 2, С. 321-328; 3; 4, С. 104-124; 5, С. 65-71; 6, С. 66-74; 7, С. 58-64; 8, С. 178-186; 9, С. 88-101; 10; 11, С. 171-189; 12, С. 58-67; 13, С. 234-247].

**Гипотеза** этого эмпирико-экспериментального исследования: в жизнедеятельности ординанта (клиента) аутоординационная психотерапия естественно-психическим методом приведет к исчезновению негативных мыслей, к позитивности представлений, к положительности жизненных ситуаций, к продуктивности символизации и образной визуализации, к конструктивной позитивизации межличностных отношений, мотивов, эмоций, чувств, переживаний, телесных ощущений.

Таким образом, в качестве гипотезы мы предполагали то, что аутоординационная психотерапия (АП) естественно-психическим методом (ЕПМ) благоприятствует человеку в улучшении качества его жизни благодаря исключительно положительным изменениям в основополагающих сферах его психики и личности: когнитивной, эмоциональной, мотивационной, коммуникативной.

**Ординант:** женщина, 57 лет, вдова, было двое детей (сын повесился), осталась одна дочь, есть один внук. Изначальный запрос данного ординанта (перед самой первой сессией): страх за будущее; хочет спасти дочь, у которой суицидальные мысли и наклонности.

Далее, в Табл. 1, мы приводим типовой протокол с описанием основного содержания именно первой аутоординационной психотерапевтической сессии естественно-психическим методом с данной ординанткой (клиенткой).

Таблица № 1

#### Стандартный протокол проведения сессии аутоординационного направления психотерапии естественно-психическим методом

1	Запрос ординанта на эту сессию: что хочет получить ординант по итогу данной сессии	Дочь развелась, хочет уйти из жизни, как ушел сын, который повесился. Ординантка хочет исправить ситуацию с дочерью, переживает за ее будущее.
2	Состояние ординанта на начало сессии:	- <b>в психике</b> (негативные мысли, представления, ситуации, символы, визуализации, образы, отношения, мотивы): что будет теперь с дочерью и внуком?
		- <b>на душе</b> (эмоции, чувства, переживания): тяжесть, тревога.
		- <b>в теле</b> (разнообразные телесные ощущения): голова в тумане, боль в груди.

3	Упражнение «Визуализация себя в зеркале»	Сначала не видит себя в зеркале, все в тумане, все горит внутри, сундук в голове, затем себя видит в образе закутанного в тулуп маленького ребенка.
4	Тема и подтемы, продуцируемые психикой ординанта в данной сессии в АНП	Темы: «Страдание»; «Страх». Бабушка жила в одиночестве. Ординантка 8 лет вдова, у нее нет мужчины; ее дочь развелась. Подтемы: «стыд» (социальный стыд за себя и за других людей). 1) «стыд в первом классе во время выступления на сцене», когда ординантка забыла свое выступление; 2) «стыд и позор после замужества в семье мужа», в которой постоянно происходили пьянство, драки, матерщина; 3) «стыд на работе», когда провалила экзамен, хотя все знала.
5	Сценарная программа, проработанная психикой ординанта в процессе данной сессии АНП. Очаг скрытого напряжения (ОСН).	Сценарий: «Нелюбовь»; «Непринятие». Ее не любили, не ждали, вообще мать ее хотела аборттировать. По жизни ощущает это состояние нелюбви со стороны других людей. Ординантка не принимает мать; а мать не принимает ее с самого детства. Родители хотели разойтись, отец женился не по любви на матери, ребенок был не нужен, хотели избавиться от нее. С этого момента ощущала глобальную обиду на родителей. Стыд и вину испытывала с самого детства, всегда было желание провалиться сквозь землю, умереть. По жизни ощущает это состояние. От стыда было желание умереть (см. темы и подтемы выше). Очаг скрытого напряжения (ОСН). Она родилась очень маленькая, «умещалась в ладонях», ее закутали в тулуп «дозреть» и оставили на печке, уже не веря, что она выживет. Психика выдала слова фельдшера: «ребенок не жилец». К удивлению всех ординантка выжила, у мамы молока не было, ее носили на другую улицу к женщине, у которой в то время родился сын. «В бане купать было страшно», – говорили родители. Они думали, что она не выживет, поэтому не регистрировали ее рождение. Отсутствие любви в семье сказывалось на ординантке, на нехватке молока у ее матери. Старый дед (прадед) кормил девочку, давал ей через марлю хлеб с сахаром который разжевывал своим прокуренным ртом, из-за чего у ординантки в процессе проработки возникал рвотный рефлекс. В тулупе лежала, сама карабкалась, выжить хотела, и сейчас сама карабкается, старается жить как люди. У нее неполноценная семья, муж умер, дочь не живет с мужем. Какое отношение мужа было к ней, такое же отношение зятя к дочери. Зять старается только для своей матери, не обращая внимания на жену и сына. <i>Картинка:</i> тетя ординантки звонила и выговаривала, что никто из девочек не умеет жить, ни у кого из них нет мужей, сравнивала своих детей с ними, унижая и оскорбляя ординантку и ее сестер. Ординантка жила своими проблемами, никому ничего не говорила, все в себе держала. Это стоило ординантке больших трудов, какими только путями не добивалась достатка в своей семье. Занимала, перезанимала деньги. Не подавала вида, что ей плохо, что денег не хватало, чтобы люди не знали. Столько испытала в жизни горя, от которого люди уходят в запой, опускаются, но она старалась ради детей «не удариться в грязь лицом». Старалась выжить, родные даже не подозревали, что у ординантки могло быть не все хорошо.

		<p>Выкручивалась, когда покупала квартиру, также сейчас и дочь ее, купила квартиру в ипотеку, тоже выкручивается. Надеется только на свои силы. Стрдание. Слышит в свой адрес одни оскорбления, пытается скрыть от людей свои проблемы, не хочет выносить мусор из избы. Муж умер, сын повесился, дочь развелась. Ощущение, будто ими управляют темные силы. Думает одно, а получается по-другому. Мыслит верно, но на деле получается иначе. Умом понимала, что можно было предотвратить замужество, но он грозился с ножом, она боялась рассказать родителям, был внутренний страх за родителей. Зять был гулящим, одновременно встречался со многими девушками, а дочь с ним одним встречалась и пострадала. Почему сватья обвинили ни в чем не виноватую дочь ее? Парень из хорошей семьи хотел с ней дружить, а муж не давал ей прохода, в то же время унижал, оскорблял и загонял ее в тупик. Был страх причинить боль родителям, расправы над ними со стороны будущего мужа, поэтому согласилась на брак. Еще ОСН. Уже в утробе матери почувствовала себя виноватой. Родилась с чувством вины: не должна была родиться, а родилась. Иногда думает, зачем родилась, наверное, не должна была родиться, а родилась (плачет). Родилась и выживает, никто из родственников даже не интересуется, как она живет. Ее не хотели, но она сама старалась выжить, и она выжила. Они думали, что она умрет, у мамы даже молока не было. И до сих пор она старается, но в семье так наперекосяк все и происходит. Ошибку совершила, что скрывала от родителей все происходящие с ней неприятности. Злится на себя, ведь в детстве никогда не давала себя в обиду. После замужества все пошло не так. Чувствует виноватой, что вышла не за того, за кого хотела. Бабушка рассказывала, что отец, прожив 2 года с матерью, хотел с ней расстаться, понял, что не любит мать. Он хотел жениться на другой девушке, но ее родители не приняли его (девушка была из богатой семьи). Из безысходности отец начал жить с мамой ординантки.</p>
6	<p>Краткое описание аутоординационной сессии (процесс и особенности проработки самой психикой ординанта психотравматического материала в ходе сессии)</p>	<p>Сначала ординантка замкнулась в себе. Потом ей вспоминаются страхи, стыд, унижение, оскорбления мужа. В данный момент ее очень тревожит, что внук замкнулся, он ничего не хочет делать, будто наступил «переломный» период.</p> <p>Ординантка переживает, что ее дочь не найдет себе новую пару. Не понимает, почему с ней так происходит. Муж ординантки ушел из жизни, сын ушел из жизни, дочь развелась, вернулась к ординантке и тоже пыталась уйти из жизни. Вроде ординантка все старается делать для благополучия дочери и внука, но никак не получается, по ее словам. Люди хорошо относятся к ней, но она сама отошла от них, как бы замкнулась. Замкнулась, когда насильственно вышла замуж (муж запугал ее), она поняла, что совершила ошибку. Чувствовала себя очень виноватой за эту ошибку всю жизнь, поэтому считает, что у нее все в жизни наперекосяк происходит. У нее все материальное есть, но до сих пор, спустя даже 8 лет после смерти мужа, в груди сидит внутреннее переживание страха, внутренний страх, проявление растерянности.</p>

	<p>Тема «Стыд». 1. Ощутила стыд в первом классе, когда на сцене не смогла рассказать стихотворение, а сказала: «Будьте здоровы и счастливы», и весь зал засмеялся, а она заплакала. Было желание провалиться сквозь землю. 2. Чувствовала стыд и позор после выхода замуж, когда поняла, что попала в совершенно другой мир, в семью мужа, где постоянно происходили пьянство, драки, матерщина. На работу приходилось ходить с синяками, так как муж занимался рукоприкладством. 3. Стыдно было на работе, когда провалила экзамен, хотя все знала, но в один момент забыла слово «рекультивация», не смогла вспомнить, растерялась, от испуга забыла названия реактивов, с которыми работала. От стыда было желание умереть. В подобные ситуации «экзаменационной тревожности» попадала постоянно: всегда все знала, готовилась, но по итогу краснела и не могла отвечать. В такие моменты всегда терялась, было больно, себя обвиняет, ей было очень стыдно. При виде начальства терялась, краснела, забывала элементарные слова, хотя знания у нее лучше других. Теперь то же самое происходит у дочери, так же начинает трясти, колотить перед начальством. До глубины души было больно: все же знала на экзаменах. А потом перед пенсией отправили на север, и она доказала, что способная, что способна действовать эффективно и инициативно. 4. Стыдно было, когда дочь развелась и обратно вернулась. Себя обвиняла, хоть и совсем другие люди виноваты в этом. Все на себя берет, хотя и говорит: «В чем моя вина? На люди выходить стыдно было».</p> <p>Тема: «Страх». Какой-то то страх в середине груди. Горький-горький. <i>Картинка</i>: страх садится на грудь. Особенно ночью ощущает, как поднимается внутренний страх за будущее. 1. Страшно и стыдно было, когда жила с мужем: в семье мужа, а затем и в их семье постоянно происходили пьяные драки. 2. Ощутила страх, когда однажды муж пришел домой с окровавленной головой. 3. Свекор на ее глазах спустил свекровь по лестнице, схватив ее за волосы, – вообще было очень страшно. 4. Страх и вину испытывала, когда муж также издевался над ней и детьми, буквально дрессировал их. Убегали из семьи: летом прятались в огороде, зимой скрывались у близких людей. После смерти мужа так и не смогла выйти замуж, всех мужчин воспринимает как пьяниц, не может подпускать их к себе близко. Муж кодировался 2 раза в год, после чего еще сильнее унижал, оскорблял, издевался над ней и получал от этого большое удовольствие, а она чувствовала себя девчонкой на побегушках (плачет) и все больше разочаровывалась в жизни. В магазине муж советовался с продавцами и сам без нее принимал решение покупать зачастую совсем ненужные продукты, а она стояла с набитыми сумками, чувствовала себя крайне униженно, так как не могла сама выбирать необходимый для семьи провиант. А однажды на 8 Марта муж принес домой тюльпаны, которые затем отнес той самой продавщице, демонстрируя тем самым оскорбительное отношение к ничего не подозревающей и согласной во всем с мужем ординантке. Долгое время жили в бараче без условий и удобств: воду таскала с родника, грела на печи. Муж всегда требовал свежеприготовленную пищу, чистую одежду. Сыну было всего 1,5 года, плакал, был беспокойным.</p> <p>Вспомнился случай, когда она одной рукой держала сына и накладывала еду, муж рассердился, что он плачет и засунул пальцы сына в горячую кашу (плачет). Боль и жалость к сыну. <i>Картинка</i>: пальцы сына в волдырях от ожога, он еще сильнее заплакал.</p>
--	--

		<p>Тревога за дочь, что она одинока после развода. Ее всегда окружали хорошие люди, на работе и в социуме относились и относятся с уважением. Злость на сваху, за клевету: якобы дети развелись по вине дочери. Снова как в детстве на сцене, ощущала, что сваты над ней насмеяются. Зять привязан к матери, которая ведет себя с сыном как социальная жена, жене деньги не давал, ординантка беременной дочери и когда дочь была с младенцем на руках на свои деньги покупала и вещи, и продукты. Сваты обвиняла ординантку, что та не сумела воспитать дочь. Муж ординантки перед ее замужеством параллельно имел связь с другими женщинами (она не знала), чувствовала потом себя в ловушке. Зять также имел связи с несколькими женщинами, аналогично дочь оказалась в ловушке, как сама ординантка.</p> <p>Также попала в ловушку, когда оформляла пенсию, а ее паспорт оказался недействительным. В свидетельстве о рождении была какая-то ошибка. Вспомнила: при покупке проездного билета в программе произошел сбой. Задумалась, а почему так?</p> <p>Процесс и особенности проработки психикой ординанта психотравматического материала в ходе сессии. Вариант 6.5 – «<b>Смешанно-переплетенный</b>»: сначала психика ординантки отнеслась к сегодняшним ситуациям, затем к случаю в первом классе, по цепочке сценарной программы ординантка вспомнила провал экзамена на работе. Затем психика ординантки отразила психотравматические ситуации из замужней жизни. Потом психикой ординантки аутоординационно прорабатывается сегодняшняя ситуация с дочерью и внуком. Все это происходит несколько раз по всей цепочке прорабатываемых психотравм, являющихся следствиями ОСН, сформировавшегося сразу после только что произошедшего ее рождения на свет.</p>
7	Изменения состояния ординанта в процессе психотерапевтической сессии:	<p><b>в психике</b> (негативные мысли, представления, ситуации, символы, визуализации, образы, отношения, мотивы). Совершила фатальную ошибку с замужеством. Почему с ней так происходит? Почему у нее так? Почему так с ее детьми?</p> <p><b>на душе</b> (эмоции, чувства, переживания, аффективные состояния, эмоциональные ощущения). Страхи, стыд, унижение, вина. Тревоги, переживания. Тревога за дочь. Злость на сватью за клевету на дочь. Внутреннее переживание, внутренний страх, проявление растерянности;</p> <p><b>в теле</b> (разнообразные телесные ощущения). Тошнота (от воспоминаний о запахе табака от хлеба с сахаром в марле, когда ее, младенца, кормили). Нос то закладывает, то прочищается.</p>
8	Выводы ординанта по завершении данной сессии.	<p>Был жар, сейчас спал. Думала, как может помочь психолог. Комок подходил в груди. Высказалась, и комок стал меньше, раньше был такой горький комок. Ходила на прием к кардиологу, полагая, что с сердцем неладное. Никогда не могла понять, в чем дело, и кардиолог ничем не помог. <i>Картинка</i>: огромный комок, обжигая, горел в груди. Сколько негатива собралось. Читаю книгу, анализирую и понимаю. Горит-горит, всегда себя обвиняла, всегда себя ругала. Все накопилось. Выходы искала и нашла решение своих проблем в аутоординационной психотерапии.</p>

9	<p>Результат работы: выводы аутоординационного психотерапевта по окончании сессии.</p> <p>Что проработал и что теперь будет иметь ординант, включая позитивную установку ординанту.</p>	<p>Ординантка проработала важные сценарии, темы, подтемы и ОСН. Стрдание, страхи, стыд, унижение, вина. Тревоги, переживания. Тревога за дочь. Злость на сватью за клевету на дочь. Внутреннее переживание, внутренний страх, проявление растерянности. Тошнота у нее прошла. Установка на добро! С этого дня у Вас все будет хорошо! Вы начинаете жить по новой программе. Программу меняем. Старую программу отменяем. Все, что было – отпускаем, отпускаем все прошлое, старое, негативное. Все, что мы проработали, все прошлое, мы отпустили. С сегодняшнего дня Ваше подсознание закладывает новую программу. Вы начинаете новую жизнь. Ваше подсознание теперь будет с сегодняшнего дня вести Вас по Вашей жизни самым наилучшим образом для Вас и для Ваших близких!</p>
10	<p>Состояние ординанта сразу после окончания психотерапевтической сессии:</p>	<p><b>в психике</b> (негативные мысли, представления, ситуации, символы, визуализации, образы, отношения, мотивы): негативные мысли ушли, перестала себя обвинять и ругать;</p> <p><b>на душе</b> (эмоции, чувства, переживания): стало спокойно и хорошо;</p> <p><b>в теле</b> (разнообразные телесные ощущения): жар спал, ушло горение, на груди (в груди) стало легко и приятно.</p>

**Примечание.** В данной таблице № 1 информация изложена максимально близко к прямой речи ординантки (клиентки). **Указание к пункту 6 таблицы 1.** Описываем процесс и особенности проработки психикой ординанта психотравматического материала в ходе аутоординационной сессии. Учитываем специфику прохождения самой психикой ординанта пути переработки психотравматического материала в сессии от сегодняшней ситуации к первопричине. **6.1. «последовательно»** – от сегодняшней ситуации к предыдущей (причинно-следственная логика от настоящего в прошлое) и так далее поступательно, через все промежуточные предшествующие ситуации до первопричины ОСН; **6.2. «кругооборот»** – вариант «последовательно» циклично повторяется несколько раз; **6.3. «скачкообразно»** – от сегодняшней ситуации сразу до первопричины ОСН, затем снова к сегодняшней ситуации и потом снова к первопричине ОСН, и таким образом далее в сессии; **6.4. «смешанный»** – есть и последовательность, и кругооборот, и скачкообразность, то есть прорабатываются все следствия последовательно, а после этого происходит возврат к сегодняшней ситуации, а затем опять вспоминается первопричина. Данный «смешанный» способ может содержать в себе три указанных здесь варианта («последовательность», «кругооборот», «скачкообразно»), а может и два из них в любых вариациях; **6.5. «смешанно-переплетенный»** – сразу идет отнесение к первопричине ОСН, а потом постепенно происходит возврат к сегодняшней ситуации. Или же сначала имеется отнесение к какому-либо следствию ОСН. Таким образом могут прорабатываться все промежуточные психотравматические ситуации (при этом иногда идет возврат к первопричине ОСН). Потом прорабатывается сегодняшняя ситуация. Все это может происходить несколько раз по всей цепочке прорабатываемых психотравм, являющихся следствиями данного ОСН. Отличим от просто «смешанного» варианта является то, что вариации «последовательность», «кругооборот», «скачкообразно» осуществляются психикой не постепенно, не по очереди, а сразу все вместе.

**Гипотеза** нашего эмпирико-экспериментального исследования, **получившая полное подтверждение**, была такова: в жизнедеятельности ординанта (клиента) аутоординационная психотерапия естественно-психическим методом приведет к исчезновению негативных мыслей, к позитивности представлений, к положительности жизненных ситуаций, к продуктивности символизации и образной визуализации, к конструктивной позитивизации межличностных отношений, мотивов, эмоций, чувств, переживаний, телесных ощущений. Таким образом, мы предполагали, что аутоординационная психотерапия (АП) естественно-психическим методом (ЕПМ) благоприятствует человеку в улучшении качества его жизни благодаря исключительно положительным изменениям в основополагающих сферах его психики и личности: когнитивной, эмоциональной, мотивационной, коммуникативной.

*Мы фиксируем: действительно, аутоординационная психотерапия уже благодаря одной психотерапевтической сессии (которая, правда, продолжалась 5 астрономических часов) исключительно благоприятно влияет на человека относительно улучшения качества его психической и социальной жизни в силу положительных динамических подвижек и изменений в его когнитивной, эмоциональной, мотивационной, коммуникативной сферах личности, что выразилось в результативной проработке психикой (подсознанием) ординанта нескольких ОСН (очагов скрытого напряжения).*

Значит, **цель** нашего эмпирико-экспериментального исследования, состоящая в изучении степени эффективности естественно-психического метода психотерапии аутоординационного направления, разработанного В.А. Янышевой, **полностью достигнута** [1, С. 129-136; 2, С. 321-328; 3; 4, С. 104-124; 5, С. 65-71; 6, С. 66-74; 7, С. 58-64; 8, С. 178-186; 9, С. 88-101; 10; 11, С. 171-189; 12, С. 58-67; 13, С. 234-247].

## Литература

1. Айдимирова Л.А. Анализ психодиагностических результатов методики В.А. Янышевой «Диагностика эго-состояний личности в аутоординационном подходе» / Л.А. Айдимирова // Научно-практический альманах «Консультативная психологии в России», 2023. Том 1 / Под ред. В.Ю. Меновщикова. – М.: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт), 2023. – 312с. – 129-136с.
2. Айдимирова Л.А. Психологическая диагностика эго-состояний личности в аутоординационном направлении В.А. Янышевой / Л.А. Айдимирова. Статья в сборнике материалов конференции. Раздел V «Новое в психологии – информация к размышлению» // Сове-

- менные направления исследований в психологии: вызовы третьего десятилетия XXI века: материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения заслуженного деятеля науки РФ, доктора философских наук, профессора Георгия Викторовича Телятникова, 30-летию факультета психологии Тверского государственного университета. Тверь, 1–2 июня 2023 г. – Тверь: Издательство Тверского государственного университета, 2023. – 434с. – 321-328с.
3. Айдимирова Л.А. Психодиагностическое исследование личности ординанта по методике В.А. Янышевой «Диагностика эго-состояний личности в аутоординационном подходе» / Л.А. Айдимирова. Тезисы доклада. Секция «ПСИХОЛОГИЯ». Подсекция «Психологическое консультирование и психотерапия: теоретические, исследовательские и прикладные аспекты» // Материалы Международного молодежного научного форума «ЛОМОНОСОВ-2023» / Отв. ред. И.А. Алешковский, А.В. Андриянов, Е.А. Антипов, Е.И. Зимакова. [Электронный ресурс] – М.: МАКС Пресс, 2023.
  4. [https://lomonosov-msu.ru/archive/Lomonosov\\_2023/data/section\\_33\\_28561.htm](https://lomonosov-msu.ru/archive/Lomonosov_2023/data/section_33_28561.htm) (Дата обращения: 26.10.2023).
  5. Донцов Д.А. Информационная модель взаимосвязи сознательного и бессознательного в психическом с позиции трактовки эго-состояний в аутоординационном подходе / Д.А. Донцов // Экспериментальная психология в социальных практиках: сборник научных статей по материалам конференции / Под ред. В.А. Барабанщикова, В.В. Селиванова. – Москва: Издательство МГППУ, 2022. – 294с. – 104-124с.
  6. Кольчугина З.А. Аутоординационное направление в психологии и психотерапии эмоций и чувств личности в отношениях со значимыми близкими другими / З.А. Кольчугина // Консультативная психология и неклиническая психотерапия. Материалы V Всероссийской научно-практической онлайн конференции с международным участием. Москва, 25-26 декабря 2021 г. / Под ред. В.Ю. Меновщикова. – М.: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт), 2021. – 212 с. – 65-71с.
  7. Янышева В.А. Аутоординационный метод психотерапии: содержание метода и краткий обзор одной сессии / В.А. Янышева // Человеческий капитал. 2021. № 6 (150). – 66-74с.
  8. Янышева В.А. Естественно-психический метод в психологии и психотерапии аутоординационного направления / В.А. Янышева // Консультативная психология и неклиническая психотерапия. Материалы V Всероссийской научно-практической онлайн конфе-

- ренции с международным участием, Москва, 25-26 декабря 2021 г. / Под ред. В.Ю. Меновщикова. – М.: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт), 2021. – 212с. – 58-64с.
9. Янышева В.А. Естественно-психический метод – максимально эффективный инструмент психотерапии XXI века / В.А. Янышева // Человеческий капитал. № 4 (160), 2022. – 178-186с.
  10. Янышева В.А., Донцов Д.А. Аутоординационное направление психотерапии / В.А. Янышева, Д.А. Донцов // Психологическое консультирование онлайн. № 2, 2022. – 88-101с.
  11. Янышева В.А., Донцов Д.А. Аутоординационная психология и аутоординационная психотерапия психики человека естественно-психическим методом: монография / В.А. Янышева, Д.А. Донцов. Под науч. и общ. ред. М.В. Донцовой. – Москва: РУСАЙНС, 2022. – 197с.
  12. Янышева В.А., Донцов Д.А., Кольчугина З.А. Естественно-психический метод аутоординационного направления психологии и психотерапии и консультирование посредством Интернет / В.А. Янышева, Д.А. Донцов, З.А. Кольчугина // Человеческий капитал. 2023. – № 7 (175). – 171-189с.
  13. Янышева В.А., Сенкевич Л.В. Влияние аутоординационного метода психотерапии на психическое и физическое состояние клиента / В.А. Янышева, Л.В. Сенкевич // Ученые записки Российского государственного социального университета. Т. 19. – № 3 (156), 2020. – 58-67с.
  14. Янышева В.А., Сенкевич Л.В. Личностная трансформация как результат аутоординационного метода психотерапии / В.А. Янышева, Л.В. Сенкевич // Человеческий капитал. – № 11 (143), 2020. – 234-247с.

Кольчугина Зинаида Александровна  
Донцов Дмитрий Александрович

**ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ПРОВЕРКА ЕСТЕСТВЕННО-  
ПСИХИЧЕСКОГО МЕТОДА АУТООРДИНАЦИОННОЙ  
ПСИХОТЕРАПИИ ПОСРЕДСТВОМ КАЧЕСТВЕННОГО АНАЛИЗА  
ПРОТОКОЛОВ 15 СЕССИЙ С ОРДИНАНТОМ (КЛИЕНТОМ)**

**EXPERIMENTAL APPLICATION OF THE QUALITATIVE METHOD  
CONTENT-ANALYSIS ON PROTOCOLS OF 15 SESSIONS  
AUTO-ORDINATION PSYCHOTHERAPY  
WITH AN ORDINANT (CLIENT) USING NATURAL-PSYCHIC  
METHOD**

**Аннотация.** С ординантом (клиентом) осуществлена аутоординационная психотерапия естественно-психическим методом и проведена его экспериментальная проверка путем качественного анализа материалов сводных протоколов 15 психотерапевтических аутоординационных сессий.

**Ключевые слова:** естественно-психический метод, аутоординационная психотерапия, ординант (клиент), психотерапевтическая сессия, качественный анализ.

**Abstract.** Autoordination psychotherapy was carried out using the natural-psyche method and the application of the method of qualitative content analysis was presented on the materials of summary protocols of 15 sessions conducted as follows: 6 sessions were held in a row, daily. Next, 9 sessions were held every other day. All this together constituted the so-called psychotherapeutic resuscitation of the ordinant (client), carried out through the using of the natural-psyche method of autoordination psychotherapy.

**Keywords:** protocol, content-analysis, natural-psyche method, autoordination psychotherapy, ordinant (client).

15 аутоординационных психотерапевтических сессий с ординантом (клиентом) были проведены следующим образом: путем применения естественно-психического метода аутоординационной психотерапии. 6 сессий были проведены подряд, ежедневно, далее 9 сессий были проведены через день. Все это вместе составило собою так называемую «психотерапевтическую реанимацию» ординанта (клиента), произведённую в русле аутоординационного направления психотерапии [1, С. 104–124; 2, С. 65–71; 3, С. 163–169; 4, С. 66–74; 5, С. 308–321; 6, С. 58–64; 7, С. 178–186; 8; 9; 10; 11; 12; 13, С. 88–101; 14; 15, С. 154–162; 16].

Ниже приведён пример эмпирического использования естественно-психического метода аутоординационной психотерапии, проведенной с ординантом (клиентом), – мужчиной 28 лет, музыкант, концертмейстер. Протоколы 15 аутоординационных психотерапевтических сессий были сведены в 3 сводные таблицы (составлены 3 сводных протокола): 1-я таблица по сессиям 1-5; 2-я по сессиям 6-10; 3-я по сессиям 11-15. Затем был осуществлен качественный анализ данной информации, что подробно показано далее.

Изначальный запрос данного ординанта (клиента), имеющийся у него до начала психотерапии аутоординационного направления, производимой естественно-психическим методом В.А. Янышевой, был направлен на улучшение его финансового состояния.

В качестве информационного уточнения к представленным дальше таблицам №№ 1–3 укажем следующее. В пункте 5 приведенных таблиц мы описываем процесс и особенности проработки самой психикой ординанта психотравматического материала в ходе каждой психотерапевтической сессии аутоординационного направления психотерапии (АНП). При этом учитывается специфика прохождения психикой ординанта пути переработки психотравматического материала в сессии от сегодняшней ситуации к первопричине очага скрытого напряжения (ОСН). Отметим, что в аутоординационном направлении психологии и психотерапии, в контексте применения естественно-психического метода аутоординационной психотерапии, выделены пять способов проработки психикой ординанта психотравматического содержания очага скрытого напряжения (ОСН):

1) «последовательно» – от сегодняшней ситуации к предыдущей (причинно-следственная логика от настоящего в прошлое) и так далее поступательно, через все промежуточные предшествующие ситуации до первопричины ОСН;

2) «кругооборот» – вариант «последовательно» циклично повторяется несколько раз;

3) «скачкообразно» – от сегодняшней ситуации сразу до первопричины ОСН, затем снова к сегодняшней ситуации и потом снова к первопричине ОСН, и таким образом далее в сессии;

4) «смешанно» – имеется и последовательность, и кругооборот, и скачкообразность, то есть прорабатываются все следствия последовательно, после чего происходит возврат к сегодняшней ситуации, а затем опять вспоминается первопричина ОСН. Данный «смешанный» способ может содержать в себе три указанных здесь варианта («последовательность», «кругооборот», «скачкообразно»), а может иметь и два из них в любых вариациях;

5) «смешанно-переплетенно» – сразу идет отнесение к первопричине ОСН, а потом постепенно происходит возврат к сегодняшней ситуации. Или же сначала имеется отнесение к каким-либо следствиям ОСН. Таким образом могут прорабатываться все промежуточные психотравматические ситу-

ации (при этом иногда идет возврат к первопричине ОСН), а затем прорабатывается сегодняшняя ситуация. Все это может происходить несколько раз по всей цепочке прорабатываемых психотравм, являющихся следствиями данного ОСН. Отличием от просто «смешанного» варианта является то, что вариации «последовательность», «кругооборот», «скачкообразно» осуществляются психикой не постепенно, не по очереди, а сразу все вместе, слитно. [1, С. 104–124; 2, С. 65–71; 3, С. 163–169; 4, С. 66–74; 5, С. 308–321; 6, С. 58–64; 7, С. 178–186; 8; 9; 10; 11; 12; 13, С. 88–101; 14; 15, С. 154–162; 16].

**Таблица № 1**

**Сводная таблица (сводный протокол), суммирующая проведенные 1-5 сессии аутоординационного направления психотерапии (АНП)**

<p>1. Состояние ординанта и психотерапевтический процесс АНП на период начала каждой из первых пяти сессий</p>	<p><i>В психике (негативные мысли, представления, ситуации, символы, визуализации, образы, отношения, мотивы):</i></p> <p>1) неприятно осознавать, что люди себя плохо ведут, воздушный шарик с водой, суши-палкой прокальвают и обратно вытаскивают (в сердце пальцем ткнули и вытащили). Можно было все по-другому сделать. Когда же все это пройдет?</p> <p>2) не ремонтируют автоприцеп; вдруг «кинули»?</p> <p>3) пока есть, чем оплачивать съемную квартиру, хочет, чтобы всегда были финансовые запасы. Остаются наличные, вот и хорошо, что осталось. Лишних денег не бывает. Все приговждается. Деньги должны работать. Ужасно осознавать, что детей заставляют через силу заниматься музыкой в школе, где он работает. Видит тупик, безысходность, а дальше что? Плынешь-плынешь, открытый океан, нет берега, страх утонуть, не за что зацепиться. Идет понимание: что-то надо сделать. Можно сделать музыкальный коллектив: два года музыкант отыграл, потом участники дальше идут. Надо концертные туры делать;</p> <p>4) образ из бессознательного. Картинка: Машина белого цвета Toyota Land Cruiser Prada, большая машина 7 мест. Все внутри красиво, внедорожник, высокая подвеска. Кошмар, что творится во дворах. Помещается вся семья: жена, дочка, кот породы Мэйкун 8 кг. Видит, как едет с удовольствием на этой машине на работу. Улыбается. Представляет себя деловым человеком;</p> <p>5) часто просыпается в туалет.</p>
	<p><i>На душе (эмоции, чувства, переживания, аффективные состояния, эмоциональные ощущения):</i></p> <p>1) тяжесть массивная давит спину как баян, хочется подпрыгнуть, но тяжело. Выводит из себя то, что не может он донести до людей, как правильно нужно делать;</p> <p>2) умиротворение, тишь да гладь, спокойствие без толчков. Тревога, взволнованность, чувство вины за то, что уступил виновнику ДТП;</p> <p>3) беспокойно, страх, что надо освободить квартиру, хлопоты переезда, стресс для ребенка. Приятность, складность, хорошо все, свобода, настроение хорошее, хочется улыбаться, жить хочется;</p> <p>4) дискомфорта нет. Ему хорошо, он радуется от мысли, что будет ездить на своей машине, внутренний покой, приятно;</p> <p>5) раздраженность, сменяющаяся на спокойствие.</p>

	<p><i>В теле (разнообразные телесные ощущения):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в груди скребет со стороны сердца. Поясница (тупая боль отдает в паху, при движении боль исчезает). Боль в паху, когда сидит или лежит, только при движении ее не чувствует;</li> <li>2) поясница ноет, кровь по телу разгоняется, прилив в брюшной полости (приятно);</li> <li>3) приятное состояние;</li> <li>4) приятное и хорошее состояние;</li> <li>5) частые позывы к мочеиспусканию, сменившиеся комфортным в этом плане состоянием.</li> </ol>
2. Упражнение «Визуализация себя в зеркале»: на 1-й сессии и на 5-й сессии аутоординационной психотерапии, качественный анализ	<p>1 сессия: видит себя только до груди. Он в костюме, рубашке с галстуком. Волосы короткие, как сейчас, слишком молодой, лет 10 назад. Худой. Сзади монотонный фон бирюзового цвета. Лицо весело-серьезное, уравновешенное. Ощущение, что неживой, как картинка нарисованная, как портрет.</p> <p>5 сессия: стоит левым боком, напряженная поза, в руках молот. Лицо детское, школьного возраста (5-7 класс), короткие волосы, лицо не менялось, только щеки увеличались. Взгляд обычный, спокойный. Клетчатая рубашка, которая очень нравилась (мягкая). Колени чуть согнуты, будто дрова колет. Сказал про себя «его». Нос такой же, как в 5 классе, не улыбается, не хмурится, уши с мягкими мочками. Ощущение: давай! Давай! Себя подстегивает. Полностью себя не видит: только до бедер, ниже колен не видит. В зеркале отражается как бы не на одном уровне: тело ниже зеркала (зеркало не прямоугольное, а овальное).</p>
3. Темы, поднятые психикой ординанта в данной сессии АНП, качественный анализ по сессиям: 1, 2, 3, 4, 5	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) финансовые блокировки, несправедливость. Он доверился людям, а его «кинули». Накрывает в груди. Не слышат его. Усталость, истощенность. Хотел бросить музыку. Все надоело, накопело. Отвращение;</li> <li>2) чувство вины, стыда;</li> <li>3) расстройства, раздражения;</li> <li>4) страх обесценивания;</li> <li>5) обиды, боли.</li> </ol>
4. Сценарная программа ординанта, проработанная в ходе сессии АНП, – качественный анализ по сессиям 1, 2, 3, 4, 5	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) блоки из детства;</li> <li>2) чувствовал вину перед значимыми близкими и преподавателями, друзьями, что не сдерживал свои обещания, что подводил;</li> <li>3) всегда расстраивался и раздражался, если что-то не получал от других или у него что-то не получалось;</li> <li>4) обесценивание: сначала родителями, затем в школе, училище, ВУЗе, на работе;</li> <li>5) частые травмы и, как следствие боли, скрытые обиды с детского возраста.</li> </ol>
5. Краткое описание каждой из 5 аутоординационных психотерапевтических сессий – качественный анализ по сессиям 1, 2, 3, 4, 5. Особенности и специфика проработки ОСН психикой ординанта в каждой из данных 5 аутоординационных сессий	<p>1. Смешанно-переплетенно. Вспоминает свою недавнюю отрицательную ситуацию с автомобильным прицепом, затем негативную ситуацию с китайцем в музыкальном ВУЗе, дальше – случай в детстве с мамой и со своим другом, затем случай с отцом и с каналлизацией, дальше – снова школа: 6-7 класс, затем училище, ВУЗ, снова 6-7 класс, снова ВУЗ, детский сад, ситуация с отцом в 4 года (первопричина ОСН).</p>

	<p>2. Смешанно-переплетенно. Вспоминает свою недавнюю негативную ситуацию с автомобильным прицепом, затем ситуацию с отцовским ножом, затем случай в детстве с его письмом девочке (первопричина этого ОСН), снова ситуация с автоприцепом, затем опять училище, снова ВУЗ, и после этого еще раз случай с автоприцепом.</p> <p>3. Смешанно-переплетенно. Сегодняшняя ситуация с финансовыми вопросами, далее ситуация в 6 лет, когда «не дали порулить», затем воспоминания об учебе в училище, ВУЗе, затем снова о жизни в интернате и учебе в школе. Вспоминает возраст 4-5 лет, снова воспоминания об учебе в училище, снова ВУЗ, затем снова вспомнил возраст 4-5 лет, когда мама ругала и запрещала прыгать на диване (первопричина этого ОСН).</p> <p>4. Смешанно-переплетенно. Вспоминает свою учебу в ВУЗе, затем работу в музыкальной фирме, потом случаи в детстве, затем общежитие от училища, дальше случаи с медицинскими операциями в детстве (первопричина ОСН).</p> <p>5. Смешанно. Вспоминает работу в музыкальной фирме, затем свои травмы в детстве, далее случай с сенокосом, затем учебу в школе и училище (первопричины ОСН).</p>
<p>6. Изменения состояния ординанта и аутоординационный психотерапевтический процесс в ходе основной части каждой из пяти сессий: качественный анализ по сессиям 1, 2, 3, 4, 5</p>	<p><i>В психике (негативные мысли, представления, ситуации, символы, визуализации, образы, отношения, мотивы):</i></p> <p>1) будто все делается для того, чтобы оставался на одном уровне, не развивался. Слезы текут, будто все отрубили, ничего не было. Черная дыра в пространстве, как пылесос, всасывает по диагонали воздух, пыль. Хочет заглянуть внутрь, сопротивляется, хочет туда нырнуть и посмотреть. Картинка ушла. Заря, за облаками солнце встает рано утром летом, но его не видно, будто только начинается рассвет. Стало лучше, хочется жить;</p> <p>2) хороший урок. Не получилось настоять на своем в случае с автомобильным ДТП, придется все равно огорчить родителей;</p> <p>3) несколько выходов: нужно что-нибудь соорудить, чтобы плыть. Картинки из бессознательного. Зачем надо учить? Кому надо, тот пусть и делает. Очень надо! Надо! Надо! Надо читать! Надо заниматься! Заставить себя. Зачем так переживает? Они такие же люди. Это они хамы, а он достойный человек;</p> <p>4) образ из бессознательного. Очень много воспоминаний и картинок из бессознательного относительно его состояния, направленных на его изменения, на его позитивизацию и духовный рост;</p> <p>5) желание: шеф – большой человек духовно, очень умный, добрый, очень красиво умеет говорить. Хочет тоже так научиться говорить.</p> <p><i>На душе (эмоции, чувства, переживания, аффективные состояния, эмоциональные ощущения):</i></p> <p>1) слезы текут, как будто все отрубили, ничего не было. Спокойствие, будто «баян» заметно перестал давить на спину. На душе стало легче;</p> <p>2) хлопотно. Ирония на ситуацию с ножом отца. Взволнованность, хотя уже нет ситуации;</p> <p>3) «спокойствие, радость, умиротворение, наслаждение от волн морских». Неохотность, раздражение;</p> <p>4) хочет выплескивать эмоции, удовольствие получает. После картинок из бессознательного спокойно, расслабленность, непринужденность, не переживает, не нервничает, душевное спокойствие;</p> <p>5) возмущение, раздраженность. Затем умиротворение.</p>

	<p><i>В теле (разнообразные телесные ощущения):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в пояснице еще немного есть боль. В паху отпустило;</li> <li>2) сердце сжимается (как после ДТП): слово, данное родителям, не сдержал;</li> <li>3) дискомфорт в груди. Сопротивление между брюшной и грудной областями. Внутри звук: «а-а-а-а»;</li> <li>4) боли в ноге. Потом «отпускает»;</li> <li>5) боль в ноге и паху. Затем явно стало легче.</li> </ol>
<p>7. Результаты работы краткие (выводы аутоординационного психотерапевта), имеющиеся по окончании каждой из пяти аутоординационных сессий</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ординант увидел, как много раз повторял «ничего себе», проработал обман, мошенничество: деньги родителей потрачены на автоприцеп. Он доверился ребятам, его «кинули». Почему в детстве мама не разрешила помочь однокласснику? Перестало накрывать в груди. Не слышали его: отца два раза предупреждал делать правильно. Усталость, истощенность. Хотел бросить музыку. Оставил предыдущую работу из-за несправедливости. Теперь видит, что руководитель сожалеет о его уходе. Хочет развиваться лично, карьерный рост, квартиру, здоровую семью, машину.</li> <li>2. Ординант проработал чувство стыда из детства, чувство вины. Заметил, что сам, как и Антон, не сдерживал свои обещания. Чтобы дети не страдали – нужно воспитывать родителей себя, не стыдить детей, уметь вести диалог спокойно, без ругани и криков.</li> <li>3. Ординант проработал ситуации с дядей, с сестрой, другом, с фотографированием.</li> <li>4. Ординант увидел свои слабые стороны, еще мало информации, опыта, много было запретов в детстве.</li> <li>5. Ординант увидел причину болей и травм (мама оставила без внимания, доверила ребенка маленькой девочке, которая уронила его в 1 год), свои обиды.</li> </ol>
<p>8. Состояние ординанта и психотерапевтический процесс АНП на период окончания каждой из пяти сессий: качественный анализ по сессиям 1, 2, 3, 4, 5</p>	<p><i>В психике (негативные мысли, представления, ситуации, символы, визуализации, образы, отношения, мотивы):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ничего нет;</li> <li>2) рад, что так получилось.</li> <li>3) появилась уверенность, что он лучший. Приятно и хорошо;</li> <li>4) чтобы легче жить, надо от всего освободиться. Все настолько просто, а он усложняет, все сам придумывает. Проще изменить себя – сейчас лучше понимает смысл слов как понятий. Можно уехать из колхоза, но «колхоз не уедет из него сам». Чем больше отдаешь, тем больше получаешь;</li> <li>5) не бесит, что надо ночью вставать в туалет, и встает реже.</li> </ol> <p><i>На душе (эмоции, чувства, переживания, аффективные состояния, эмоциональные ощущения):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) хорошо, настроение улучшилось;</li> <li>2) прекрасное состояние;</li> <li>3) исчезает страх, раздражение;</li> <li>4) радость, что идет вперед, гордость, что молодец, хочется похвалить себя;</li> <li>5) спокойствие, уравновешенность.</li> </ol>

	<p><i>В теле (разнообразные телесные ощущения):</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) в груди и пояснице состояние улучшилось;</li> <li>2) поясница лучше;</li> <li>3) в груди комфорт;</li> <li>4) поясница перестала болеть, легко нагнуться, грудь перестало сжимать, боль в ногах утихла;</li> <li>5) дискомфорт в теле прошел.</li> </ol>
<p>9. Отзывы ординанта о проведенных с ним естественно-психическим методом 1-5 сессиях АНП</p>	<p>Первый сеанс прошел очень плодотворно! Я не мог и подумать даже, что порой незначительные прошедшие ситуации в жизни, на которые ты не обращаешь внимание, являются твоими проблемами в твоей нынешней жизни. Мы выявили такие моменты, о которых я думал «было и было», а оказывается эти ситуации и «писали» сценарий моей жизненной линии, и вдруг все сразу стало так понятно, как будто тучи разогнали, и стало просто чистое небо с солнцем. Мне бы очень хотелось дальше продолжить работать над собой. Это дает определенный стимул становиться «выше», потому что все проблемы решаемы.</p> <p>Вторая сессия завершилась сегодня. Было забавно наблюдать за тем, как одна ситуация порождает другую схожую ситуацию, и так по цепочке доходить до источников. Как же все-таки мы в жизни не замечаем такие моменты, которые влияют на нашу жизнь, а можем и замечаем, но не придаем этому значение. Сегодня я увидел, как картины менялись сами, когда отпускаешь источник сценария, они сами собой разрешаются. Мне радостно от того, что мы копаемся у меня в голове, выявляя эти нехорошие события и устраняя их. Жду следующую сессию!</p> <p>Интересно прошла наша третья сессия. После сессии наблюдаешь себя со стороны, появляются ответы на некоторые вопросы, которые ты задаешь себе сам уже много лет. Оказывается, все на поверхности. Говорить и говорить осознанно те или иные вещи, это все-таки очень сильно: выходят разные важные состояния как бы это банально ни звучало. Чтобы что-то получилось, нужно двигаться вперед, мечтать, представлять, ощущать. Все в этой жизни зависит от нас самих. Ты сам источник, от тебя зависит радость и горе, богатство и бедность. Мы сами стелим перед собой «ковер», и сами решаем, как там нам идти! Вроде бы так это просто... Как однажды мой коллега сказал, ну как коллега, наставник по концертмейстерским делам: «Запомни! Чем проще, тем сложнее». Я тогда не понимал этих слов. Но сегодня для меня это было открытием. Чтобы было проще, нужно от сложности избавляться, то есть от мусора. Я рад очень тому, что с каждой сессией меняется твое внутреннее состояние, оно придает определенную уверенность в тебе самом. Спасибо!</p> <p>Четвертая сессия. Сегодня мы очень плодотворно поработали. Сегодня мы нашли детские страхи, их проработали и отпустили. Во время сессии было много картинок в голове, но сегодня в первый раз были они еще и как будто из мультипликации. Сейчас в голову пришла фраза «Мир не изменится, если не изменишь себя». Не мы с мира начинаем, а мир начинается с нас, мы сами создаем мир, стоит только двигаться вперед, развиваться, мыслить, мечтать, радоваться, помогать, как все станет вокруг вас переворачиваться. Мне глубоко приятно осознавать, что с каждой сессией я начинаю меняться, и меняться в лучшую сторону. Спасибо.</p>

	<p>Пятая сессия дала мне вывести страхи, которые давали о себе знать. Обиды, которые, как оказалось, что они все-таки есть, а я даже на это не обращал внимания. Нужно все-таки обращаться за помощью, но, к сожалению, мало кто способен сделать это: обратиться к специалисту-психотерапевту. Меня что-то подтолкнуло к этому, и вот я здесь. Раньше я думал, зачем я должен меняться, а теперь понимаю, что если не поменяюсь, то будет все, как прежде: та же работа, та же заработная плата, такое же отношение у тебя и к тебе, те же взгляды, и т.д. Я уверенно двигаюсь вперед!!! И это здорово!!!</p>
--	--

**Таблица № 2**

**Сводная таблица (сводный протокол), суммирующая проведенные 6-10 сессии аутоординационного направления психотерапии**

<p>1. Состояние ординанта и психотерапевтический процесс АНП на период начала каждой из этих пяти сессий: качественный анализ по сессиям 6, 7, 8, 9, 10.</p>	<p><i>В психике (негативные мысли, представления, ситуации, символы, визуализации, образы, отношения, мотивы):</i></p> <p>6) растянет спину – боль уйдет, намеренно, чтобы мышцы были в тонусе. Сейчас чуть-чуть и пройдет;</p> <p>7) смотрел фильм «Побег из Шоушенка». Понравился главный герой: умный, образованный;</p> <p>8) оценивает реально шансы. Нет даже 100 тысяч рублей, а квартира стоит 17 миллионов рублей, и надо кормить и обеспечивать семью. Чтобы с зарплаты мог купить квартиру, если продолжать работу, ничего не поменяется. Только слышит: денег нет или, вырастешь – сам купишь;</p> <p>9) мусорный бак в деревне. Зачем мусорные баки? Узнал что-то новое, красивое, естественное;</p> <p>10) прочитал первую главу «Война и мир».</p> <p><i>На душе (эмоции, чувства, переживания, аффективные состояния, эмоциональные ощущения):</i></p> <p>6) раздраженность;</p> <p>7) волнительно, стыдно при воспоминаниях прошлого;</p> <p>8) чувство беспомощности;</p> <p>9) приятные чувства, легкость на душе, гармония, одухотворение внутри;</p> <p>10) что-то сжимает и не отпускает.</p> <p><i>В теле (разнообразные телесные ощущения):</i></p> <p>6) в пояснице чуть-чуть отдаст: при наклоне вперед чувствует напряжение;</p> <p>7) пока нет болей;</p> <p>8) нет дискомфорта;</p> <p>9) раньше в груди сжималось;</p> <p>10) в паху ноет, сжимает боль слабо.</p>
<p>2. Упражнение «Визуализация себя в зеркале»: на 10-й сессии аутоординационной психотерапии, качественный анализ.</p>	<p>Только тень и вопросительный знак. Ощущение: смотрит на фотографию 3x4. Полностью черным закрашено. Берет фотокарточку на руки. Зеркало висит на стене слева. А он стоит рядом сбоку. Видит себя со стороны нынешнего возраста. Весь деловой в офисной комнате. В спортивных штанах и любимой клетчатой рубашке. Зеркало овальное, вытянутое. Торс свой видит полностью вместе с ногами. Ассоциация с Ди Каприо из «Волк с Уолл-стрит». Он взрослый, но одежда с 3-го класса. Видит себя через зеркало, как он сидит на столе.</p>

<p>3. Темы, поднятые психикой ординанта в данной сессии АНП, качественный анализ по сессиям: 6, 7, 8, 9, 10.</p>	<p>6) несправедливости и безнаказанности; 7) замещения, стыда; 8) безденежья, неудовлетворенности, жадности; 9) унижения, насмешек; 10) беспомощности, бессилия.</p>
<p>4. Сценарная программа ординанта, проработанная в ходе сессии АНП, качественный анализ по сессиям: 6, 7, 8, 9, 10.</p>	<p>6) с самого детства замечал несправедливое отношение значимых людей, увидел свои поступки с другой стороны; 7) не получал то, чего хотел в жизни. Что нравилось – было вне досягаемости; 8) со всех сторон с детства слышит всегда одно и то же: денег нет; 9) всегда старались заметить какие-то оплошности, ошибки; 10) Взрослые, в том числе родители, учили аморальным штучкам.</p>
<p>5. Краткое описание каждой из данных 5 аутоординационных сессий качественный анализ по сессиям: 6, 7, 8, 9, 10. Особенности и специфика проработки ОЧН психикой ординанта в каждой из данных 5 аутоординационных сессий.</p>	<p>6. Смешанно-переплетенно. Вспоминает, как вывихнул ключицу в 18 лет, разборки во время учебы в училище, затем в школе, затем ОЧН, затем сестра в нынешнее время с мужем, друзья в семейной жизни, затем родственники в детстве, затем, как бросил курить, затем алкоголь во взрослой жизни. 7. Смешанно-переплетенно. Ситуация сегодня, затем в ВУЗе, затем в колледже, затем 13 лет назад встреча с первой девушкой и ее мужем/его другом, затем с девушкой в общежитии, затем ОЧН с мамой, затем отец не брал его на охоту, затем сестра не брала с собой на дискотеку. 8. Скачкообразно. Ситуация в детстве, затем еще раннее детство, затем в колледже, затем в наши дни, затем друзья во время учебы в ВУЗе, затем снова маленький (ОЧН), затем учеба в школе-интернате, затем он маленький (ОЧН), снова ситуация сегодня с автоприцепом, снова он маленький (ОЧН). 9. Смешанно. Ситуация сегодня, затем во время учебы в ВУЗе, затем в училище, затем в школе, затем 1-й класс, затем детский садик (ОЧН). 10. Смешанно. Ситуация сегодня, затем в детстве, затем в прошлом году, затем в 13 лет, затем во время учебы в ВУЗе, затем чуть он совсем юный у бабушки, затем он в маленьком возрасте (ОЧН).</p>
<p>6. Изменения состояния ординанта и аутоординационный психотерапевтический процесс в ходе основной части каждой из данных пяти сессий: качественный анализ по сессиям 6, 7, 8, 9, 10.</p>	<p><i>В психике (негативные мысли, представления, ситуации, символы, визуализации, образы, отношения, мотивы):</i> 6) мысли: обратил внимание, что сказал: ничего себе; картинка: баян не спускает с плеч, плечи чуть согнутые; 7) что-то не так, не то будто. Картинки из бессознательного: вышло много черноты; 8) мысли: когда квартиру купит – будет радость, готов всех обнять от счастья. Если родится мальчик, будут жить в одной комнате с дочкой. Он не огорчится, если родится девочка. Нет разделения. У других деньги есть! У них нет денег. Ничего не исправить. Не может достать деньги и отдать. Мысли: почему жадничает? Не хотел давать денег. Никогда такими суммами деньги не тратил. А как только позволил себе, получил премию. Все зависит от него, надо идти вперед. Нагнетают страхи и вводят в зависимость; 9) на работе всегда второй, в семье второй ребенок, у жены второй муж, в школе всегда вторым прибегал. Все делает хорошо, но не лучше. В школе был заместителем старосты. В футболе уступил капитанство; 10) хочет себе помочь.</p>

	<p><i>На душе (эмоции, чувства, переживания, аффективные состояния, эмоциональные ощущения):</i></p> <p>6) нейтрально;  7) нейтрально-положительно;  8) достиг результата – рад и все, всплеска нет. Беспомощность, досада от безденежья;  9) неловко;  10) жалость к себе, взволнованность.</p>
	<p><i>В теле (разнообразные телесные ощущения):</i></p> <p>6) поясница побаливает;  7) еще покамест чувствительно в пояснице и в паху;  8) в паху чуть-чуть есть тупая маленькая боль;  9) болей нет;  10) звон в ушах.</p>
<p>7. Результаты работы (выводы аутоординационного психотерапевта), имеющийся по окончании каждой из пяти этих аутоординационных сессий.</p>	<p>6. Ординант проработал тему несправедливости и безнаказанности.  7. Ординант проработал тему замещения, стыда.  8. Ординант проработал тему безденежья параллельно с темой неудовлетворенности и жадности (все пересекалось: одно вытекало из другого).  9. Ординант проработал тему унижения, насмешек, из-за чего чувствовал неловкость и стыдливость, мешающие ему в личностном развитии, из-за чего появились лень, обидчивость.  10. Ординант проработал тему бессилия и беспомощности. Было много картинок-образов из бессознательного вперемежку со случаями из детства, где его часто унижали, обижали, когда он попадал в трудные ситуации.</p>
<p>8. Состояние ординанта и психотерапевтический процесс АНП на период окончания каждой из пяти данных сессий: качественный анализ по сессиям 6, 7, 8, 9, 10.</p>	<p><i>В психике (негативные мысли, представления, ситуации, символы, визуализации, образы, отношения, мотивы):</i></p> <p>6) могло быть хуже, если бы прошел «проверку» в хулиганской компании. Правильно поступил, иначе были бы хуже последствия;  7) смог преодолеть себя в том, что признал за собой нелицеприятные поступки;  8) как нет денег? Есть! Хорошо, что не жалел накопленных денег родителям на благо семьи, деньги потрачены не впустую;  9) все проблемы с детства. Нужно найти этот очаг, разобрать и отпустить;  10) негативные мысли ушли.</p> <p><i>На душе (эмоции, чувства, переживания, аффективные состояния, эмоциональные ощущения):</i></p> <p>6) нет сожаления, что так получилось;  7) доволен, что избавился от своих грешков, появляется уверенность в себе;  8) комфортно, есть деньги. Гордость, что не жалел денег родителям  9) легче становится;  10) облегчение от скрытых ранее и проработанных уже негативных ситуаций.</p>

	<p><i>В теле (разнообразные телесные ощущения):</i></p> <p>6) комфортно;</p> <p>7) в паху боль стала намного меньше, не как раньше. Раньше сидеть и лежать было невозможно, теперь иногда даже забывает о боли. Вчера заметил: о! вообще не болит;</p> <p>8) комфортно;</p> <p>9) нет дискомфорта;</p> <p>10) в паху значительно легче.</p>
<p>9. Отзывы ординанта о проведенных с ним естественно-психическим методом 6-10 сессиях АНП.</p>	<p>Шестая сессия прошла сегодня. Хочу отметить, что в каждой сессии что-то выстреливает такое, что иначе на определенные вещи начинаешь смотреть. Как вот и сегодня это случилось. Сегодня разговаривали о несправедливости, но как оказалось, что инициатором-то был я сам этой несправедливости. Выводы я сделал сегодня такие: нужно научиться себя контролировать и смотреть на вещи более объективнее. Спасибо.</p> <p>Седьмая сессия. Одна из сложных для меня сессий, так как прорабатывались мои «грешки». Хотя еще что-то осталось, но впереди еще будут сессии, и мы их обязательно добьем. Сегодня я перешел через какой-то барьер, пока сам еще не до конца понял, осознал, но ощущения такие наблюдаются. Так же я сегодня увидел зеркальное отношение, повторяющиеся сценарии. Работа над собой – это тяжелый труд, и я верю, что все у меня получится!</p> <p>Восьмая сессия. Прорабатывалась финансовая сторона, в детстве родители установили блокировку, что «нет денег». Мы благополучно эту установку устранили. Мне премия пришла в 50 тысяч рублей с той работы, с которой ни одной копейки сверх не платили. Так же в процессе была выявлена очередная сценарная программа. Ушла боль в пояснице. Впереди, конечно, еще много работы, но я стремительно двигаюсь вперед. После каждой сессии в меня вселяется необъяснимая уверенность, это вызывает еще больше восхищения надо собой.</p> <p>Девятая сессия успешно пройдена. Сегодня прорабатывалась тема стыдливости, насилия, и лени. Приятно осознавать легкость после каждой аутоординационной психотерапии. Внутреннее спокойствие становится все больше. Я заметил, что перестал сутулиться и начал ходить с прямой осанкой. Сегодня я такие выводы сделал: когда возникла неловкая ситуация, не нужно давать эмоциям верх, а нужно оценить и найти выход из положения путем корректного замечания или ответа (в зависимости от ситуации).</p> <p>Десятая сессия. На сегодняшний день мы прорабатывали тему беспомощности, которая была с раннего детства. Но как оказалось, что во всех ситуациях, когда я оставался один на один с проблемой, я всегда справлялся сам. Осталось еще много работы. Раньше я думал, что в аутоординационной психотерапии двух часов очень даже достаточно, но как оказалось, что и пяти часов иногда мало. Интересно до сих пор наблюдать, сколько мусора у нас в голове. Но мы избавляемся от этого мусора и расправляем всё шире свои крылья.</p>

**Сводная таблица (сводный протокол), суммирующая проведенные  
11-15 сессии аутоординационного направления психотерапии**

<p>1. Состояние ординанта и психотерапевтический процесс АНП на период начала каждой из пяти сессий: качественный анализ по сессиям 11, 12, 13, 14, 15.</p>	<p><i>В психике (негативные мысли, представления, ситуации, символы, визуализации, образы, отношения, мотивы):</i></p> <p>11) вместе рук лапты. Режет укроп вместе с ластами. Картинки из бессознательного. Инопланетные существа забирают ресурсы человека!</p> <p>12) будто в паху две палки от суши;</p> <p>13) все как обычно;</p> <p>14) жена жалуется на неприятный запах изо рта;</p> <p>15) в деревне ямы большие на дорогах, ездить невозможно. Хочет материться;</p> <p>15) сдерживает мат.</p> <p><i>На душе (эмоции, чувства, переживания, аффективные состояния, эмоциональные ощущения):</i></p> <p>11) комплексы;</p> <p>12) возмущение;</p> <p>13) злость;</p> <p>14) чувство бессилия;</p> <p>15) раздражение.</p> <p><i>В теле (разнообразные телесные ощущения):</i></p> <p>11) в паху ноет;</p> <p>12) в паху ноет, боль сместилась в другое место;</p> <p>13) в паху ноет;</p> <p>14) ощущение удущья;</p> <p>15) боль в паху.</p>
<p>2. Упражнение «Визуализация себя в зеркале»: на 15-й сессии аутоординационной психотерапии, качественный анализ.</p>	<p>Видит себя в смокинге, красивый, статный. На нем серое пальто, белая рубашка, лицо свежее без морщин, не юнец и не старый. Плечи ровные, красуется. Смотрит на себя со стороны, вызывает восхищение, что приятный, опрятный человек, не пьет, не курит, дурными вещами не занимается. Солидный деловой человек. Ему можно доверять. Уже нет желания материться.</p>
<p>3. Темы, поднятые психикой ординанта в данной аутоординационной сессии, качественный анализ по сессиям: 11, 12, 13, 14, 15.</p>	<p><i>В итоге чувства:</i></p> <p>11) сексуальной закомплексованности;</p> <p>12) непредсказуемости;</p> <p>13) возмущения, злости;</p> <p>14) удущья;</p> <p>15) сексуальной неудовлетворенности, эгоизма, никого не любил.</p>
<p>4. Сценарная программа ординанта, проработанная в ходе сессии АНП, качественный анализ по сессиям: 11, 12, 13, 14, 15.</p>	<p>11. С самого детства чувствовал отвергнутость, старался привлечь к себе внимание, но только в роли шута.</p> <p>12. Мама беременная падала. С 1 годика получал травмы и был болезненным мальчиком, ощущал боль и разочарование. Не понимал, откуда, зачем, когда?</p> <p>13. Много возмущений накопилось с детства. Злился на вещи, которые ему не нравились.</p> <p>14. Всю жизнь преследовало удущье, раздражение из-за этого.</p> <p>15. Торопили, заставляли, мешали, предъявляли претензии.</p>

<p>5. Краткое описание каждой из данных 5 аутоординационных сессий, качественный анализ по сессиям: 11, 12, 13, 14, 15. Особенности и специфика проработки ОЧН психикой ординанта в каждой из этих 5 аутоординационных сессий.</p>	<p>11 сессия: смешанно. Ситуация сегодня, затем в детстве, затем в сегодня, затем снова в детстве, затем во время учебы, затем в маленьком возрасте (ОЧН).</p> <p>12 сессия: смешанно-переплетенно. Ситуация сегодня, затем в детстве, затем в училище, затем снова в детстве, затем в школьные годы, затем в маленьком возрасте (ОЧН), затем снова в школьные годы.</p> <p>13 сессия: смешанно-переплетенно. Ситуация сегодня, затем в училище, затем время пандемии, затем сегодняшние дни, затем в школе, затем подростковое время, затем в маленьком возрасте (ОЧН), затем снова в школьные годы.</p> <p>14 сессия: смешанно-переплетенно. Ситуация сегодня, затем в школе-интернате, затем раннее детство, затем ОЧН: мамина беременность, затем в недавнее время, затем раннее школьное время, затем в подростковом возрасте дома с отцом, затем школьное время в школе-интернате.</p> <p>15 сессия: смешанно-переплетенно. Ситуация сегодня, затем дома, в училище, затем в недавнее время, затем школьное время, затем в училище, затем в школьное время первые сексуальные переживания (ОЧН).</p>
<p>6. Изменения состояния ординанта и аутоординационный психотерапевтический процесс в ходе основной части каждой из данных пяти сессий: качественный анализ по сессиям 11, 12, 13, 14, 15.</p>	<p><i>В психике (негативные мысли, представления, ситуации, символы, визуализации, образы, отношения, мотивы):</i></p> <p>11) почему отдает в пах?</p> <p>12) неопределенность;</p> <p>13) неопределенность несколько меньше, но еще есть;</p> <p>14) тесно;</p> <p>15) ложная крутизна от мата, картинка: складывает свои детские игрушки.</p> <p><i>На душе (эмоции, чувства, переживания, аффективные состояния, эмоциональные ощущения):</i></p> <p>11) стыд, ущербность сексуального характера, страх знакомиться с симпатичными людьми;</p> <p>12) обида, отчаяние, несправедливость;</p> <p>13) возмущение, жалость, жесткость своих поступков;</p> <p>14) выход из спокойного состояния, раздражение, «бесячье» состояние, беспомощный, беззащитный, бездейственный, будто пленен;</p> <p>15) неприятно, что матерится, ощущение: прощается с детством.</p> <p><i>В теле (разнообразные телесные ощущения):</i></p> <p>11) боль в паху;</p> <p>12) идет волна наподобие звуковой волны от груди к брюшной полости;</p> <p>13) идет звуковая волна от груди к брюшной полости, но меньше уже;</p> <p>14) тяжело;</p> <p>15) боль непонятная, тупая.</p>
<p>7. Результаты работы (выводы аутоординационного психотерапевта), имеющийся по окончании каждой из этих пяти аутоординационных сессий.</p>	<p>11. Ординант проработал тему сексуальной закомплексованности. Много набралось переплетений с детства-отрочества, – как женский пол его отвергал, не понимал, ему казалось, что он не нравится симпатичным и красивым девушкам, возник комплекс неполноценности, ущербности. Долгое время было замещение.</p> <p>12. Ординант проработал тему непредсказуемости, не понимал, что происходило.</p>

	<p>13. Ординант проработал тему возмущения, злости. Увидел, как испытывал испуг, слабость, разочарование.</p> <p>14. Ординант проработал тему удущья, раздраженности. Дошел до первопричины ОСН: внутриутробное обвитие пуповиной и падение мамы перед его рождением.</p> <p>15. Ординант проработал тему эгоизма, никого не любил, только позволял себя любить. Жестоко поступал с девушками, сейчас жалеет, что первую девушку упустил.</p>
<p>8. Состояние ординанта и психотерапевтический процесс АНП на период окончания каждой из этих пяти сессий: качественный анализ по сессиям 11, 12, 13, 14, 15.</p>	<p><i>На душе (эмоции, чувства, переживания, аффективные состояния, эмоциональные ощущения):</i></p> <p>11) так не должно быть. Когда не кажешься, а естественно можно быть честным перед собой;</p> <p>12) сколько мусора выходит;</p> <p>13) сколько возмущений вышло;</p> <p>14) негативные мысли ушли;</p> <p>15) отрицательных идей нет.</p> <p><i>На душе (эмоции, чувства, переживания, аффективные состояния, эмоциональные ощущения):</i></p> <p>11) отпустило;</p> <p>12) освобождение;</p> <p>13) неприятные чувства прошли;</p> <p>14) приятно, спокойно;</p> <p>15) хорошо, умиротворенно.</p> <p><i>В теле (разнообразные телесные ощущения):</i></p> <p>11) в паху полегче;</p> <p>12) в паху боль существенно меньше;</p> <p>13) боли нет, облегченность;</p> <p>14) совсем нет беспокоящих ощущений в паху;</p> <p>15) в теле нет неприятных ощущений.</p>
<p>9. Отзывы ординанта о проведенных с ним естественно-психическим методом 11—15 сессиях АНП</p>	<p>Одиннадцатая сессия завершилась сегодня. Сегодня случился для меня переломный момент. Сегодня работали над пикантными темами... Как говорится, все от тебя зависит. Нужно просто открыться, говорить не стесняясь, прямо, открыто несмотря на то, что это ужасно или непристойно. В начале аутоординационной психотерапии мне было очень стеснительно говорить на такие темы. Но сегодня пришел к выводу, что, если не решиться и не говорить, проблема никуда не исчезнет. Большая работа сегодня у нас проделана. И это только подстегивает на старание работать еще больше над собой.</p> <p>Двенадцатая сессия была одной из самых длинных сессий. Сегодня проработали тему стеснения, испуга и несправедливости. Плодотворно была проведена сегодня работа. Я уже раскрепостился, и поэтому уже легче все проговаривать до мелочей, по сравнению с первыми сессиями. Мне было в начале аутоординационной психотерапии стеснительно некоторых моментов, но потом я понял, от того, что умалчиваю, самому себе ничем не помогаю для дальнейшего развития. Конечно, когда долго длится сессия, под конец уже начинаешь отвлекаться, голод дает о себе знать, может еще и устает. Было заметно, что я стал «буксовать». Выводы от сегодняшней сессии такие: нужно уметь немного заглядывать наперед и придерживаться определенного плана. Ставить цель и двигаться к ней.</p>

Тринадцатая сессия. На сегодняшний день мы проработали испуг, возмущение, ощущения немогущности, слабости. Сегодня я научился цеплять картинки, которые я часто упускал, ссылаясь на то, что это неважно, так как она просто промелькнула на доли секунды. Благодаря этому сегодня много моментов было выведено на «чистую воду». Сегодня я доволен своей работой. В начале аутоординационной психотерапии много было сомнений. Но после нескольких сессий сомнения начинают уходить. Главное, нужно открываться, проговаривать полностью то, что идет, ничего не утаивая, не скрывая. Тогда можно увидеть быстрый хороший результат.

Четырнадцатая сессия. Одна из мощных в аутоординационной психотерапии. Потому что было много тем, которые прорабатывались. Работали над темами такими, как лень, неприятные запахи, раздражения, удущения, нехватка кислорода. Выводы сделал я сегодня такие: нужно всегда стараться просвещаться, развиваться, воспитывать себя, делать то, что тебя будет делать лучше и сильнее. Я уже неоднократно повторяю, что все зависит от нас самих. Мы сами творим свое будущее. Работая над собой, мы прочищаем дорогу для своей дальнейшей судьбы. Впереди завершающая сессия. У меня есть значительные изменения: я перестал по ночам просыпаться в туалет, ушла боль в пояснице, почти вся боль ушла в паху (будем дорабатывать). Я горжусь собой, пройдя такой путь. Это необходимо пройти каждому для улучшения своей жизни.

Пятнадцатая сессия. Аутоординационная психотерапия подошла к концу. Работа продолжалась над страхом, насилием, стыдливостью, сексом. Выводы сделал такие, что нужно продолжать работать над собой, нужно инвестировать в себя для будущего развития. На этой сессии у меня не получилось до конца доработать некоторые темы, так как упускал все время картины. Поэтому мне придется доработать, и будет дополнительная сессия.

Итог 15 сессий. В начале аутоординационной психотерапии были большие сомнения во всем в этом, хотя я прочитал книгу В.А. Янышевой «Чистый мозг», и вроде бы не должно оставаться место для сомнения. Началась сессия, для начала было вроде бы просто, но потом появлялись такие моменты, которые хотелось оставить специально незамеченными, скрыть, думая тем самым не казаться грешным. Как оказалось, что все наоборот: сам себе создавал преграды и не давал разрешаться проблемам. В процессе психотерапии я понимал, что, если не помогу сам себе, мне никто не поможет, тем самым открывая все более откровенные темы, которые я пытался скрыть. У меня были такие проблемы, как ночные похождения в туалет, в процессе аутоординационной психотерапии я перестал просыпаться по ночам, для меня это такая радость была. Так же заметил, что осанка выпрямилась. Прибавилось чувство уверенности в себе еще больше. Начали появляться в голове идеи. Это все наводит на такую мысль: все проблемы исходят из нашей головы, если их разрешить, то будет в жизни все гармонично. Когда озвучили мне, что будет 15 сессий, мне показалось это много. По ходу психотерапии оказалось совсем даже мало. Прохождение аутоординационной психотерапии для меня важный момент в жизни, так как я избавился от всякого «мусора» в своей голове.

## Основные выводы

Важно заметить, что на шестой сессии АНП ординант заметил, что стал высыпаться. В туалет ночью просыпается без раздражения, сон у него стал спокойный и глубокий.

На седьмой сессии АНП ординант еще спокойнее стал. Что раньше раздражало, уже не раздражает. Глупые вопросы уже не задевают. Его уже понимают собеседники, и он понимает их. После седьмой сессии АНП ординант получил премию 50.000 рублей на работе, где не выдавали премию 17 лет! Удивился, приятно! Также кульминацией было, что уже на седьмой сессии вышло много черноты (образы-картинки). Смог выговорить свои грешки, по его словам, и т.д.

После восьмой сессии АНП у ординанта ушла боль в пояснице: он может нагибаться и выдерживать нагрузку без боли и т.п.

Таким образом, мы видим, что на протяжении всех пятнадцати сессий АНП, на период их окончания, данный ординант испытывал довольно большой спектр разных, от сессии к сессии, негативных эмоций, сила и острота которых последовательно шли на спад. Поэтому, эффективность аутоординационного подхода заключается, в частности, в том, что в психике ординанта в начале каждой из 15 сессий АНП практически не повторяются идентичные негативные мысли, представления, ситуации, символы, визуализации, образы, отношения; что говорит само за себя о том, что все эти отрицательные психологические аспекты в каждой из предыдущих аутоординационных сессий результативно прорабатываются и отпускаются!

Итак, эффективность естественно-психического метода АНП состоит в целом в том, что очень многие психические состояния субъекта, ранящие саму эту личность, прорабатываются практически за одну аутоординационную сессию, и лишь некоторые из них, в особенности, связанные с тяжелыми последствиями оперативных медицинских вмешательств (боли в паху в случае данного ординанта) прорабатываются на протяжении нескольких сессий АНП и также перерабатываются максимально успешно! [1, С. 104–124; 2, С. 65–71; 3, С. 163–169; 4, С. 66–74; 5, С. 308–321; 6, С. 58–64; 7, С. 178–186; 8; 9; 10; 11; 12; 13, С. 88–101; 14; 15, С. 154–162; 16].

## Заключение

Таким образом, психология и психотерапия аутоординационного (с лат. *autoordinatione* – «самоупорядочивание») направления представляет собой особый, новый психологический и психотерапевтический подход, который характеризуется естественной работой самой психики человека по упорядочиванию прошлого и собственному психическому очищению от очагов скрытого напряжения (ОСН), сформировавшихся в прошлом, благодаря чему по цепной психологической реакции упорядочивается и гармони-

зируется настоящее, и в гармонии выстраивается будущее психической и психосоциальной жизнедеятельности данной конкретной личности.

Естественно-психический метод (ЕПМ) в психотерапии аутоординационного направления (ПАН) – это естественная работа психики по отпусканью очагов скрытого напряжения (ОСН), которые являются психически-первопричинами многократного психотравматического переживания негативных ситуаций из прошлого. Эти ОСН психически представлены в виде (форме) негативно заряженных образов (картинок), мыслей, ощущений, чувств, состояний, повторяющихся отрицательных сценариев поведения, и т.д.

Процесс проработки и отпускания ОСН происходит естественным, синтонным, аутентичным, самым психологически экологичным для любого человека (как индивидуальности) психотерапевтическим методом (ЕПМ) и приводит к психическому самоочищению и психологическому самоупорядочиванию психики каждого человека!

ОСН проблемно проявляются у каждой конкретной личности через негативные события и ситуации в жизни и деятельности.

Зная общепсихологические закономерности работы психики (то, как откладываются и то, как психотерапивируются ОСН), аутоординационный психолог-психотерапевт в процессе применения ЕПМ видит и то, каким именно образом психика данного человека сама определяет и показывает путь отработки каждого ОСН.

Процесс и особенности проработки самой психикой человека (ординанта, как именуется получатель психологической помощи в аутоординационном подходе) психотравматического материала в ходе каждой психотерапевтической сессии аутоординационного направления психотерапии (АНП) происходит, тем не менее, по вполне определенным закономерностям.

При этом, в ходе проведения АНП аутоординационным психологом-психотерапевтом четко учитывается типовая специфика прохождения самой психикой человека (ординанта) пути переработки психотравматического материала в психотерапевтической сессии от сегодняшней ситуации к первопричине очага скрытого напряжения (ОСН), что было детально описано ранее.

**Миссия** аутоординационных психологов-психотерапевтов – стать проводниками изменений жизни людей в лучшую сторону с помощью психологии и психотерапии аутоординационного направления, а также вернуть счастье и радость жизни каждому, кто к этому стремится путем применения естественно-психического метода аутоординационного направления психотерапии (АНП).

**Глобальная цель** аутоординационной психотерапии – естественным, самоосуществляемым психикой человека образом освободить психику

людей от очагов скрытого напряжения (ОСН), выгрузив из нее негативный информационный мусор (сдав психотравматическую макулатуру, убрав психотравматический металлолом), накопленный за весь предшествующий период жизни, благодаря чему затем у людей и происходят самые позитивные изменения в личной и семейной жизни, социально-профессиональной деятельности, карьерном росте, развитии бизнеса, различных сферах государственного и муниципального управления, в политике, в обществе в целом.

**Цели** аутоординационной психотерапии: профилактика психологических, соматических и психических расстройств; восстановление психологического, соматического и психического здоровья; развитие личности; гармонизация межличностных отношений; снижение глобального страха и напряжения в обществе.

**Задачи** аутоординационного направления в психотерапии: очищение психики – отпускание негативного психоэмоционального материала, представленного в виде очагов скрытого напряжения (негативные ситуации: мысли, картинки, ощущения, чувства); исцеление души – отпускание боли, тяжести, пустоты с души; оздоровление тела – избавление от напряжения в теле, от психосоматических болезней; укрепление духа – развитие духовного мира человека; адаптация и реадаптация в социуме – развитие и закрепление эффективного и продуктивного поведения зрелой и гармоничной личности.

При этом разрешаются проблемы человека по всем жизненно важным направлениям, в том числе в контексте психологической безопасности и/или неуспешности личности, восстанавливается положительное психическое состояние; повышаются тонус, настроение, работоспособность людей.

Важно следовать за естественной, аутентичной работой самой психики человека. В этом действенно поможет аутоординационный психолог-психотерапевт, знающий ее закономерности, понимающий то, как она работает с той или иной информацией. Психика сама ведет человека к избавлению от негативного информационного мусора (психотравматического материала), который с годами накапливается в ней (вплоть до психических отклонений) и откладывается болью и пустотой в душе, физическими напряжениями, болезнями в теле и нарушениями отношений в социуме.

Этот негативный информационный мусор (психотравматический металлолом), до поры до времени (до его проработки естественно-психическим методом) имеющийся в форме очагов скрытого напряжения (ОСН) и является первопричиной возникновения психосоматических болезней, социальных конфликтов и различных других проблем в жизни и деятельности человека и общества.

### ***Естественно-психическим методом аутоординационной психотерапии:***

• *мы не учим человека: как выстраивать границы, как выходить из конфликтов и гармонизировать отношения, мы это делаем в аутоординационной сессии, убирая причину дисгармонии в отношениях, при этом конфликты внутрилично разрешаются и перестают межличностно повторяться;*

• *мы не лечим болезни, а убираем из психики посредством подсознания человека психологические причины возникновения нездоровья (психологического, психического, психосоматического и собственно соматического);*

• *мы психически прорабатываем, перерабатываем, отработываем и отпускаем негативные мысли, ощущения и чувства, при этом восстанавливается положительное психоэмоциональное состояние, возвращается сила, энергия, улучшается настроение, появляется интерес к жизни, уходят эмоциональное выгорание, хроническая усталость и пр. [1, С. 104–124; 2, С. 65–71; 3, С. 163–169; 4, С. 66–74; 5, С. 308–321; 6, С. 58–64; 7, С. 178–186; 8; 9; 10; 11; 12; 13, С. 88–101; 14; 15, С. 154–162; 16].*

### **Литература**

1. Донцов Д.А. Информационная модель взаимосвязи сознательного и бессознательного в психическом с позиции трактовки эго-состояний в аутоординационном подходе / Д.А. Донцов // Экспериментальная психология в социальных практиках: сборник научных статей по материалам конференции / Под ред. В.А. Барабанщикова, В.В. Селиванова. – Москва: Издательство МГППУ, 2022. – 294 с., – 104-124с.
2. Кольчугина З.А. Аутоординационное направление в психологии и психотерапии эмоций и чувств личности в отношениях со значимыми близкими другими / З.А. Кольчугина // Консультативная психология и неклиническая психотерапия. Материалы V Всероссийской научно-практической онлайн конференции с международным участием. Москва, 25-26 декабря 2021 г. / Под ред. В.Ю. Меновщикова. – М.: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт), 2021. – 212 с. – 65-71с.
3. Кольчугина З.А. Состояние ординанта и процесс психотерапии аутоординационного направления на период окончания 11-15 сессий / З.А. Кольчугина // Научно-практический альманах «Консультативная психологии в России». 2023. Том 1 / Под ред. В.Ю. Меновщикова. – М.: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт), 2023. – 312с. – 163-169с.

4. Янышева В.А. Аутоординационный метод психотерапии: содержание метода и краткий обзор одной сессии / В.А. Янышева // Человеческий капитал. 2021, – № 6 (150). – 66-74с.
5. Янышева В.А. Аутоординационное направление в психологии и психотерапии / В.А. Янышева // Современные психотехнологии в управлении, политике, бизнесе, образовании. Материалы Второй и Третьей Международной научно-практической конференции. – Москва: МГИМО, Русайнс, 2023. – 308-321с.
6. Янышева В.А. Естественно-психический метод в психологии и психотерапии аутоординационного направления / В.А. Янышева // Консультативная психология и неклиническая психотерапия. Материалы V Всероссийской научно-практической онлайн конференции с международным участием, Москва, 25-26 декабря 2021 г. / Под ред. В.Ю. Меновщикова. – М.: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт), 2021. – 212с. – 58-64с.
7. Янышева В.А. Естественно-психический метод – максимально эффективный инструмент психотерапии XXI века / В.А. Янышева // Человеческий капитал. № 4 (160), 2022. – 178-186с.
8. Янышева В.А. Мозг. Перегрузка. Тренажер 7 × 7. Как стать автором своей жизни и реализовать потенциал / В.А. Янышева. – М.: 1000 бестселлеров, 2020. – 368с.
9. Янышева В.А. Пошаговая инструкция по психотерапии аутоординационного направления. Все самое важное и нужное / В.А. Янышева. – М.: 1000 бестселлеров, 2021. – 164с.
10. Янышева В.А. Практикум психолога-психотерапевта аутоординационного направления / В.А. Янышева. – М.: 1000 бестселлеров, 2021. – 224с.
11. Янышева В.А. Справочник психолога-психотерапевта. Опыт и практика / В.А. Янышева. – М.: 1000 Бестселлеров, 2020. – 464с.
12. Янышева В.А. Чистый мозг. Что будет если выгнать всех «тараканов» и влюбиться в мечты? / В.А. Янышева. – М.: Омега-Л, 2020. – 464с.
13. Янышева В.А., Донцов Д.А. Аутоординационное направление психотерапии / В.А. Янышева, Д.А. Донцов // Психологическое консультирование онлайн. № 2, 2022. – 88-101с.
14. Янышева В.А., Донцов Д.А. Аутоординационная психология и аутоординационная психотерапия психики человека естественно-психическим методом: монография / В.А. Янышева, Д.А. Донцов. Под науч. и общ. ред. М.В. Донцовой. – Москва: РУСАЙНС, 2022. – 197с.
15. Янышева В.А., Донцов Д.А., Кольчугина З.А. Естественно-психический метод аутоординационного направления психологии и психо-

терапии и консультирование посредством Интернет / В.А. Янышева, Д.А. Донцов, З.А. Кольчугина // Человеческий капитал. 2023. – № 7 (175). – 154-162с.

16. Янышева В.А., Донцов Д.А., Кольчугина З.А., Янышев И.К. Психотерапевтическое развитие личности естественно-психическим методом аутоординационного подхода (на примере формирования положительных эмоций и смыслов, оптимизма, стрессоустойчивости, совладающего поведения, самоэффективности, социальных ценностей): монография / В.А. Янышева; Д.А. Донцов; З.А. Кольчугина, И.К. Янышев. Под науч. и общ. ред. М.В. Донцовой. – Москва: ФЛИНТА, 2023. – 147с.

**Кольчугина Зинаида Александровна**

## **СТАНОВЛЕНИЕ ЗРЕЛЫХ И ГАРМОНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ ЭГО ЛИЧНОСТИ ЕСТЕСТВЕННО-ПСИХИЧЕСКИМ МЕТОДОМ АУТООРДИНАЦИОННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

### **FORMATION OF MATURE AND HARMONIOUS EGO STATES OF PERSONALITY BY NATURAL- PSYCHIC METHOD AUTO-ORDINATION PSYCHOTHERAPY**

**Аннотация.** В этой статье представлены апробация и применение в содержательно-смысловом контексте сферы психологической диагностики и области неклинической (немедицинской) психотерапии авторской психодиагностической тестовой методики В.А. Янышевой «Диагностика эго-состояний личности в аутоординационном подходе». Эмпирико-экспериментальным контекстом данного исследования выступает формирование оптимальных, гармоничных и зрелых эго-состояний личности ординанта (клиента) в процессе осуществления аутоординационной психотерапии естественно-психическим методом, что создано Янышевой В.А.

**Ключевые слова:** аутоординационная психотерапия, естественно-психический метод, ординант (клиент), психологическая диагностика, методика, В.А. Янышева, личность, эго-состояние, контролирующий родитель, опекающий родитель, взрослый, естественный ребенок, адаптивный ребенок, капризный обиженный бунтующий ребенок.

**Abstract.** This article presents the testing and application in the content-semantic context of the field of psychological diagnostics and the field of non-clinical (non-medical) psychotherapy of V.A. Yanysheva, author's psychodiagnostic

test methodology “Diagnostics of personality ego states in the autoordination approach.” The empirical-experimental context of this study is the formation of optimal, harmonious and mature ego states of the ordinant’s (client’s) personality in the process of implementing autoordination psychotherapy using the natural-psyche method, which was created by V.A. Yanysheva.

**Key words:** autoordination psychotherapy, natural-psyche method, ordinant (client), psychological diagnostics, methodology, V.A. Yanysheva, personality, ego state, controlling parent, protective parent, adult, natural child, adaptive child, capricious offended rebellious child.

Здесь приведён анализ психодиагностических результатов проведения методики В.А. Янышевой «Диагностика эго-состояний личности в аутоординационном подходе» [1, С. 129-136; 2, С. 321–328; 3; 4; 5, С. 328–333; 6, С. 104-124; 7; 8; 9; 10; 11; 12, С. 91-123; 13, С. 192–204; 14, С. 188–204].

I этап диагностики (до осуществления 15 сессий аутоординационной психотерапии (АП) естественно-психическим методом (ЕПМ) с ординантом (клиентом).

II этап диагностики (после осуществления 15 сессий аутоординационной психотерапии (АП) естественно-психическим методом (ЕПМ) с ординантом (клиентом).

Клиент (ординант) – мужчина 28 лет, по профессии – музыкант, преподаватель музыки, женат, имеет одного ребенка.

**Таблица № 1**

**Результаты ординанта по первому варианту методики В.А. Янышевой: «Определение Эго-состояний личности по отношению к самой себе»**

Вариант 1.						
Этапы диагностики	Контролирующий родитель	Опекающий родитель	Взрослый	Естественный ребенок	Адаптивный ребенок	Капризный, обиженный, бунтующий ребенок
I этап	29%	47%	36%	38%	10%	18%
II этап	55%	65%	60%	63%	0%	2%

На первом этапе психодиагностики, до проведения психотерапии аутоординационного направления (АН), у ординанта (клиента) *показатель эго-состояния контролирующего родителя* составил 29% (низкий уровень выраженности). После проведения психотерапии АН, на втором этапе психодиагностики, у этого ординанта *показатель эго-состояния контролирующего родителя* повысился до 55% (средне-высокий уровень выраженности).

Ординант стал более зрелым, позитивно и конструктивно мыслящим, стал более включенным в свой процесс общения и в свой производственный процесс, стал активнее проявлять себя в социальной и профессиональной жизнедеятельности, в личной и семейной жизни. Научился определять для себя правильные цели, ставить задачи, контролировать достижение своих целей и оценивать правильность выполнения своих задач. Более спокойно, без негативных эмоций начал отмечать, подчеркивать и корректировать свои ошибки в авторитетном тоне. С авторитетной позиции стал создавать эффективный рабочий процесс и чувствовать себя полноценным главой семьи, дальновидным стратегом, знатоком своего дела. Он начал относиться к себе более уважительно, больше начал прислушиваться к себе и принимать грамотные решения по всем направлениям. Его эмоциональное состояние стабилизировалось: стало уравновешенным, решительным благодаря психотерапии АН.

На первом этапе психодиагностики, до психотерапии АН, у ординанта *показатель эго-состояния опекающего родителя* составил 47% (средний уровень выраженности). После психотерапии АН, на втором этапе психодиагностики, у этого ординанта *показатель эго-состояния опекающего родителя* повысился до 65% (средне-высокий уровень выраженности). Возросла гармоничность и зрелость, позитивность и конструктивность по отношению к себе, стал получать удовольствие от своего внешнего вида, избавился от эмоционального напряжения. Перестал критиковать себя за допущенные промахи. Стал еще более уверенным, стабильным, уравновешенным и добродушным. Больше начал уделять себе внимание, заботиться о своем внутреннем мире и внешнем виде.

На первом этапе психодиагностики, до психотерапии АН, у данного ординанта *показатель эго-состояния взрослого* составил 36% (средний уровень выраженности). После психотерапии АН, на втором этапе психодиагностики, у этого ординанта *показатель эго-состояния взрослого* повысился до 60% (средне-высокий уровень выраженности). Увеличилась гармоничность и зрелость, позитивность и конструктивность в деятельности, эмоциональная нейтральность, деловая вежливость. Ординант стал чувствовать себя более деловитым, информированным, ответственным за свою деятельность, профессиональные задачи, стал способен признавать свои ошибки, не стыдятся, по-деловому исправляя их и двигаясь дальше, стремился к исключительно объективной оценке собственных возможностей и происходящих событий. Он стал относиться объективно и взвешенно к любой информации, повысил свою прагматичность, объективность, анализ, уравновешенность, спокойствие, профессионализм. Ординант начал полностью на равных общаться со всеми окружающими людьми.

На первом этапе психодиагностики, до психотерапии АН, у ординанта *показатель эго-состояния естественного ребенка* составил 38% (средний

уровень выраженности). После психотерапии АН, на втором этапе психодиагностики, у этого ординанта *показатель эго-состояния естественно-го ребенка* повысился почти вдвое, до 63% (средне-высокий уровень выраженности). Повысилась вдвое жизненная гармоничность и эмоциональная, чувственная, положительная продуктивность в общении. Стал более ощущать радость и позитив от жизни. Стал существенно более зрелым как личность.

Отметим, что зрелость личности понимается в аутоординационном подходе именно в качестве генерального психосоциального проявления личности, определяется как достижение оптимума внутриличностной гармонии и синтонности (аутентичности, самосоответствия).

Эту самогармонизацию данный ординант теперь искренне и по-настоящему производит как внутрилично, так и психосоциально. После психотерапии АН ординант готов окунуться в радостные и легкие переживания, принимать мир с распростертыми объятиями, наслаждаясь каждой минутой такого взаимодействия, с перманентным воодушевлением желает взаимодействовать со всем миром и не иссякает в этой интеракции за счет своего ставшего большим энтузиазма. Не боится выражать свои эмоции и чувства: он может свободно и открыто смеяться или говорить о своих чувствах и желаниях. Перестал своим поведением или эмоциональным состоянием манипулировать другими. Стал радоваться самому себе, получать удовольствие от спонтанности, от всякой игры, быть открытым всему новому и с энтузиазмом узнавать новое. У ординанта явственно повысились позитивность, конструктивность, активная доброжелательность, доброта, открытость в общении. Слова данного ординанта: «Я теперь оптимист и энтузиаст, я чувствую себя настоящим, свободным и искренним. Этим я вдохновляю и других на позитивную активность». После психотерапии АН у этого ординанта практически отсутствуют негативные эмоции. У него почти всегда присутствуют яркие, сильные позитивные эмоции, зачастую окрашенные восторгом. Он чувствует, излучает и получает любовь. Принимает себя таковым, каковым он и является.

На первом этапе психодиагностики, до психотерапии АН, у данного ординанта *показатель эго-состояния адаптивного ребенка* составил 10% (крайне низкий уровень выраженности). После психотерапии АН, на втором этапе психодиагностики, у этого ординанта *показатель эго-состояния адаптивного ребенка* упал до 0%. Полностью исчезли негативизм, личностная контрпродуктивность, раздражительность и недовольство по отношению к самому себе. Ушло внутреннее обвинение себя и затаенная жалость к себе, чувство стыда за свое мнимое или явное несовершенство, разочарованность в себе, неудовлетворенность собой. При этом ординант привыкает существенно больше обращать внимание на свои чувства и желания благодаря аутоординационной психотерапии (АП), путем использования естественно-психического метода (ЕПМ).

На первом этапе психодиагностики, до психотерапии аутоординационного направления (АН), у ординанта *показатель эго-состояния капризного, обиженного и бунтующего ребенка* составил 18% (очень низкий уровень выраженности). После психотерапии АН, на втором этапе психодиагностики, у этого ординанта *показатель эго-состояния капризного, обиженного и бунтующего ребенка* снизился до 2% (крайне низкий уровень выраженности), уменьшившись на 16%, то есть, свелись к самому минимуму так называемое (т.н.) несогласие с родительскими требованиями, открытое противостояние т.н. родительским предписаниям, негативизм, неприятие любых правил и норм, чувства гнева и возмущения, ушли состояния недовольства и раздражения, и практически исчезли капризы, обиды, бунтующие, раздражительные и недовольные настроения. Это ярчайший показатель действенности психотерапии аутоординационного направления (ПАН).

**Таблица № 2**

**Результаты респондента по второму варианту методики  
В.А. Янышевой: «Определение Эго-состояний личности  
по отношению к значимым другим людям»**

Вариант 2.						
Этапы диагностики	Контролирующий родитель	Опекающий родитель	Взрослый	Естественный ребенок	Адаптивный ребенок	Капризный, обиженный, бунтующий ребенок
I этап	32%	43%	36%	44%	9%	19%
II этап	54%	73%	58%	67%	0%	0%

На первом этапе психодиагностики, до психотерапии аутоординационного направления (АН), у ординанта *показатель эго-состояния контролирующего родителя* составил 32% (средний уровень выраженности). После психотерапии АН, на втором этапе психодиагностики, у этого ординанта *показатель эго-состояния контролирующего родителя* повысился до 54% (средне-высокий уровень выраженности). Ординант стал более зрелым, позитивно и конструктивно мыслящим, стал более включенным в процесс общения и в производственный процесс, стал активнее проявлять себя в социальной и профессиональной жизнедеятельности, в личной семейной жизни. У него явно больше проявляется авторитетный тон в голосе, он с внутренней позиции авторитета начал создавать свой эффективный рабочий процесс и стал чувствовать себя полноценным главой семьи. Ординант теперь чувствует себя дальновидным стратегом, знатоком своего дела; он стал принимать грамотные и взвешенные решения по всем направлениям. Его эмоциональное состояние стабилизировалось: стало уравновешенным, спокойным, решительным.

На первом этапе психодиагностики, до психотерапии АН, у этого ординанта *показатель эго-состояния опекающего родителя* составил 43% (средний уровень выраженности). После психотерапии АН, на втором этапе психодиагностики, у ординанта *показатель эго-состояния опекающего родителя* повысился до 73% (высокий уровень выраженности). У него заметно возросла гармоничность и зрелость, позитивность и конструктивность в общении, появились высокие душевность и включенность в процесс общения и в производственный процесс с целью конструктивной опеки коллег. Он оптимальным образом проявляет себя в социальной и профессиональной жизнедеятельности и наиболее оптимальным образом выражает свою личность в личной семейной жизни. Позитивные результаты оказанной им другим людям помощи и поддержки приносят ему и им только удовольствие и совсем не вызывают у него и у них эмоциональное напряжение. Ему стало свойственно доброжелательное и уважительное отношение к окружающим, ему стала характерна позитивная передача своего опыта через заботу о людях. Он способен искренне помогать, не критикуя других за допущенные промахи, постоянно готов поддержать, подбодрить, вселить уверенность в окружающих. У данного ординанта теперь почти всегда неизменно стабильное, уравновешенное, уверенное, добродушное состояние. У него практически отсутствуют негативные эмоции и отрицательные реакции и почти всегда присутствуют положительные эмоции. Они постоянно окрашены заботой, мягкостью, добротой, теплом, вниманием, что и делает его авторитетным, доброжелательным.

На первом этапе психодиагностики, до психотерапии АН, у ординанта *показатель эго-состояния взрослого* составил 36%. После психотерапии АН, на втором этапе психодиагностики, у этого ординанта *показатель эго-состояния взрослого* повысился до 58% (средне-высокий уровень выраженности). Увеличилась гармоничность и зрелость, позитивность и конструктивность в деятельности, эмоциональная нейтральность, деловая вежливость. Ординант стал ярко проявлять себя в социальной и профессиональной жизнедеятельности, что позитивно выражается и в его личной, семейной жизни. В своей деятельности он ориентирован именно на профессионально полезную информацию, факты и интересы дела, готов отвечать за свою деятельность, свой участок работы и принимает решения в этих рамках на основе своих должностных инструкций. Может создать равноправную творческую атмосферу в коллективе. Ординант готов решать профессиональные задачи, открыто и на равных взаимодействуя с другими людьми. Он способен признавать свои и чужие ошибки, не стыдя за них ни себя, ни других, а по-деловому исправляя их и двигаясь дальше вместе со своими коллегами. Он стремится к исключительно объективной оценке собственных возможностей и происходящих событий. Ординант способен уважительно принимать профессиональное мнение других и открыто высказывать свои соображения, которые плодотворны и полез-

ны. Позитивная передача опыта осуществляется им через профессиональное информирование окружающих людей. Ему стало свойственно максимально объективное, взвешенное принятие информации, а также по максимуму оптимизированная передача и обработка информации. Ординанту теперь свойственно предельно профессиональное использование информации, для него характерна безоценочная обратная связь. У него выражены прагматичность, объективность, анализ, уравновешенность, спокойствие, профессионализм. Он на равных общается с другими людьми. Отрицательные эмоции у ординанта практически отсутствуют – в них нет нужды, ведь к его словам, как специалисту в своем деле, и так все прислушиваются, поскольку профессионально заинтересованы в содержании его речей. Ему стал свойственен демократический и деловой стиль в общении со всеми коллегами.

На первом этапе психодиагностики, до психотерапии АН, у ординанта *показатель эго-состояния естественного ребенка* составил 44% (средний уровень выраженности). После психотерапии АН, на втором этапе психодиагностики, у этого ординанта *показатель эго-состояния естественного ребенка* повысился до 67% (средне-высокий уровень выраженности). Повысилась жизненная гармоничность и эмоциональная, чувственная, положительная продуктивность в общении. Стал получать от жизни радость и позитив, а также постоянно доставляет и привносит этот позитив и радость в жизнь своих значимых близких других людей, и наряду с этим достигает высшего акмеологического уровня радости жизни. Индивидуальную свою гармонизацию данный ординант теперь искренне и по-настоящему производит как внутриличностно, так и в плане эмоционально продуктивной и позитивной исполненности во взаимодействии с другими людьми. Благодаря своей исключительной любознательности и явственной доброте к людям, он оптимальным образом проявляет себя в семейной, социальной и профессиональной жизнедеятельности. Все его поведение пронизано позитивным принятием опыта, он всегда готов окунуться в радостные и легкие переживания, например, смеясь шуткам, восторгаясь солнечному утру, даря другим улыбки. Он принимает мир с распростертыми объятиями, наслаждаясь каждой минутой такого взаимодействия; он с перманентным воодушевлением взаимодействует со всем миром и не иссякает в этой интеракции за счет своего вечного энтузиазма, не боится выражать свои эмоции и чувства: он может свободно и открыто смеяться или говорить о своих чувствах и желаниях. Он не стремится своим поведением или эмоциональным состоянием манипулировать другими: он просто такой, какой есть, без всякой задней мысли или потаенного чувства. Ему нравится радоваться самому и радовать других, получать удовольствие от спонтанности, от игры, быть открытым всему новому и с энтузиазмом узнавать новое. Ему стали характерны позитивность, конструктивность, активная доброжелательность, доброта, открытость в общении. У него практически всегда присутствуют яркие,

сильные позитивные эмоции, зачастую окрашенные восторженным отношением к жизни и деятельности. Он чувствует, излучает и получает любовь, принимает всех такими, какими они являются.

На первом этапе психодиагностики, до психотерапии АН, у этого ординанта *показатель эго-состояния адаптивного ребенка* составил 9% (крайне низкий уровень выраженности). После психотерапии АН, на втором этапе психодиагностики, у данного ординанта *показатель эго-состояния адаптивного ребенка* упал до 0%. Этот, ставший меньше на 9% и снизившийся до нуля параметр, – является ясным свидетельством того, что именно аутоординационная психотерапия (АП) максимально действенно проявляет себя в существеннейшем уменьшении эго-состояния адаптивного ребенка.

Заметим, что с позиций аутоординационного направления в психологии и психотерапии эго-состояние адаптивного ребенка только мешает эго-состоянию естественного ребенка и эго-состоянию взрослого, так как эго-состояние адаптивного ребенка проявляет себя вредным для социально-профессионального развития личности образом, потому что лишь затрудняет сколько-нибудь действенно активное, акмеологически продуктивное пролонгированное межличностное общение и взаимодействие человека с другими значимыми людьми.

На первом этапе психодиагностики, до психотерапии АН, у этого ординанта *показатель эго-состояния капризного, обиженного и бунтующего ребенка* составил 19% (очень низкий уровень выраженности). После психотерапии АН, на втором этапе психодиагностики, у данного ординанта *показатель эго-состояния капризного, обиженного и бунтующего ребенка* упал до 0% (крайне низкий уровень выраженности), уменьшившись на 19%. Это говорит само за себя о том, что благодаря аутоординационной психотерапии (АП) ординант снял с себя тяжесть своих капризов, обид, бунтующих настроений, недовольств, раздражения в своих отношениях с другими, значимыми для него людьми.

**Таблица № 3**

**Результаты респондента по третьему варианту методики**

**В.А. Янышевой: «Определение Эго-состояний личности в контексте отношения к человеку других значимых людей»**

Вариант 3.						
Этапы диагностики	Контролирующий родитель	Опекающий родитель	Взрослый	Естественный ребенок	Адаптивный ребенок	Капризный, обиженный, бунтующий ребенок
I этап	32%	43%	36%	42%	10%	10%
II этап	46%	48%	54%	56%	0%	3%

На первом этапе психодиагностики, до психотерапии аутоординационного направления (АН), у данного ординанта *показатель эго-состояния контролирующего родителя* составил 32% (средний уровень выраженности). После психотерапии АН, на втором этапе психодиагностики, у этого ординанта *показатель эго-состояния контролирующего родителя* повысился до 46% (средний уровень выраженности). У него появилась обоснованно большая убежденность в том, что к его словам все окружающие люди стали прислушиваться; а также в том, что ему стали больше доверять, уважать, поддерживать его авторитетность его значимые близкие люди, коллеги и ученики.

На первом этапе психодиагностики, до психотерапии АН, у ординанта *показатель эго-состояния опекающего родителя* составил 43% (средний уровень выраженности). После психотерапии АН, на втором этапе психодиагностики, у этого ординанта *показатель эго-состояния опекающего родителя* повысился до 48% (средний уровень выраженности).

Окружающие люди стали говорить ему примерно следующее: «Ты знаешь, как сделать мне добро и как заботиться обо мне, поэтому я верю тебе, ценю и уважаю тебя — вот почему я беру пример с тебя, слеую за тобой и выполняю твои рекомендации».

Данный ординант увидел позитивные результаты оказываемой им помощи и поддержки значимым ему близким людям, результаты приносящие всем удовольствие и не вызывающие никакого эмоционального напряжения, он почувствовал доброжелательное и уважительное отношение к нему от окружающих его людей. Стал замечать, что его доброту и заботу ценят, верят ему, уважают его, берут с него пример, следуют за ним и действительно прислушиваются к его советам.

На первом этапе психодиагностики, до психотерапии АН, у ординанта *показатель эго-состояния взрослого* составил 36% (средний уровень выраженности). После психотерапии АН, на втором этапе психодиагностики, у этого ординанта *показатель эго-состояния взрослого* повысился до 54% (средне-высокий уровень выраженности). Ординант заметил, что все окружающие стали заметно более считаться с его мнением, явственно соглашаться с его предложениями и решениями.

На первом этапе психодиагностики, до психотерапии АН, у ординанта *показатель эго-состояния естественного ребенка* составил 42% (средний уровень выраженности). После психотерапии АН, на втором этапе психодиагностики, у данного ординанта *показатель эго-состояния естественного ребенка* повысился до 56% (средне-высокий уровень выраженности). Ординант увидел, что общаться с ним значимым близким другим людям явно стало легче, приятнее и свободнее.

На первом этапе психодиагностики, до психотерапии АН, у ординанта *показатель эго-состояния адаптивного ребенка* составил 10% (крайне

низкий уровень выраженности). После психотерапии АН, на втором этапе психодиагностики, у этого ординанта *показатель эго-состояния адаптивного ребенка* снизился до 0%. Уменьшившийся на 10% и сведшийся к нулю этот параметр отображает то, как аутоординационная психотерапия (АП) результативно эффективна в гармонизации ощущения личностью давления от других значимых людей и конструктивна в весьма существенном уменьшении излишнего подстраивания личностью под окружающих людей.

На первом этапе психодиагностики, до психотерапии аутоординационного направления (АН), у ординанта *показатель эго-состояния капризного, обиженного и бунтующего ребенка* составил 10% (крайне низкий уровень выраженности). После психотерапии АН, на втором этапе психодиагностики, у данного ординанта *показатель эго-состояния капризного, обиженного и бунтующего ребенка* снизился до 3% (крайне низкий уровень выраженности). Уменьшившийся на 7%, ставший втрое ниже по сравнению с предыдущим, этот параметр отражает то, как аутоординационная психотерапия (АП) результативно пролонгированно синтонизирует и упорядочивает в личности связанные с общением и взаимодействием с другими людьми капризы, обиды, бунтующие настроения, состояния раздражения, недовольства, – практически полностью избавляя личность от них.

Далее приведем заключительную таблицу, по сути объясняющую и интерпретирующую позицию аутоординационного направления в психологии и психотерапии относительно психологической диагностики эго-состояний личности [1, С. 129-136; 2, С. 321–328; 3; 4; 5, С. 328–333; 6, С. 104-124; 7; 8; 9; 10; 11; 12, С. 91-123; 13, С. 192–204; 14, С. 188–204], а затем сделаем определённые обобщающие выкладки.

**Таблица № 4**

**Уровни выраженности/напряженности эго-состояний личности**

Процент выраженности эго-состояния	Уровень выраженности эго-состояния	Напряжённость эго-состояния
91 – 100%	Крайне высокий	чрезмерная напряженность эго-состояния
81 – 90%	Очень высокий	излишняя напряженность эго-состояния
71 – 80%	Высокий	избыточная напряженность эго-состояния
51 – 70%	Средне-высокий	очень хорошо, если ОР и В выражены так
31 – 50%	Средний	очень хорошо, если КР и ЕР выражены так
21 – 30%	Низкий	к лучшему, если КОБР и АР выражены так
11 – 20%	Очень низкий	хорошо, если КОБР и АР выражены так
1 – 10%	Крайне низкий	очень хорошо, если КОБР и АР выражены так

*Примечание.* КР – контролирующий родитель, ОР – опекающий родитель, В – взрослый, ЕР – естественный ребенок, АР – адаптивный ребенок, КОБР – капризный, обиженный, бунтующий ребенок.

Следует обратить внимание на соотношение эго-состояний друг с другом в структуре личности данного ординанта как до, так и после проведения с ним 15 сессий аутоординационного направления психотерапии (АНП), осуществленной естественно-психическим методом (ЕПМ) В.А. Янышевой.

Хотя очевидно, что не существует универсального и единственно правильного варианта внутриличностного распределения эго-состояний, тем не менее, на первом этапе психодиагностики, ДО аутоординационной психотерапии (АП), по всем трем вариантам методики В.А. Янышевой (по отношению к самому себе, по отношению к другим значимым людям и в отношении других значимых людей к себе) была следующая ситуация.

У данного ординанта до АП В.А. Янышевой были явно слабо выражены позитивные эго-состояния личности: эго-состояние «Взрослый», эго-состояние «Естественный Ребенок», эго-состояние «Опекающий Родитель», эго-состояние «Контролирующий Родитель»; а также имели низкий, но значимый уровень выраженности негативные эго-состояния личности: эго-состояние «Адаптивный Ребенок» и эго-состояние «Капризный, Обиженный, Бунтующий Ребенок».

На втором этапе психодиагностики, ПОСЛЕ АП, по всем трем вариантам методики В.А. Янышевой (по отношению к самому себе, по отношению к другим значимым людям и в отношении других значимых людей к себе) у этого ординанта такие эго-состояния как «Взрослый», «Естественный Ребенок», «Опекающий Родитель», «Контролирующий Родитель» стали более выражены и проявляются приблизительно в одинаковой степени, что очень хорошо для него в плане внутриличностной гармонии. К тому же данные положительные состояния Эго личности имеют почти оптимальный уровень проявления, что показывает собою позитивное и конструктивное состояние личности ординанта.

Напротив, такие отрицательные состояния Эго личности, как «Адаптивный Ребенок» и «Капризный, Обиженный, Бунтующий Ребенок» имеют у данного ординанта ПОСЛЕ осуществления с ним АП естественно-психическим методом (ЕПМ) Янышевой В.А. крайне низкий уровень выраженности, что тоже очень хорошо, и на максимальное снижение чего и нацелено аутоординационное направление психотерапии (АНП).

Таким образом, психотерапия аутоординационного направления (ПАН), осуществленная ЕПМ Янышевой В.А., существенно положительно изменила характер и степень распределения эго-состояний в структуре данной личности, оптимизировала, гармонизировала и упорядочила все эго-состояния во внутриличностном поле (психологическом мире) этого ординанта (клиента) как личности. Этот позитивный итог, в свою очередь,

самым положительным образом сказался на всем коммуникативном контексте жизнедеятельности данного человека. [1, С. 129-136; 2, С. 321–328; 3; 4; 5, С. 328–333; 6, С. 104-124; 7; 8; 9; 10; 11; 12, С. 91-123; 13, С. 192–204; 14, С. 188–204].

### Литература

1. Айдимирова Л.А. Анализ психодиагностических результатов методики В.А. Янышевой «Диагностика эго-состояний личности в аутоординационном подходе» / Л.А. Айдимирова // Научно-практический альманах «Консультативная психологии в России». 2023. Том 1 / Под ред. В.Ю. Меновщикова. – М.: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт), 2023. 312 с. – 129-136с.
2. Айдимирова Л.А. Психологическая диагностика эго-состояний личности в аутоординационном направлении В.А. Янышевой / Л.А. Айдимирова. Статья в сборнике материалов конференции. Раздел V «Новое в психологии – информация к размышлению» // Современные направления исследований в психологии: вызовы третьего десятилетия XXI века: материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения заслуженного деятеля науки РФ, доктора философских наук, профессора Георгия Викторовича Телятникова, 30-летию факультета психологии Тверского государственного университета. Тверь, 1-2 июня 2023 г. – Тверь: Издательство Тверского государственного университета, 2023. – 434 с. – 321-328с.
3. Айдимирова Л.А. Психодиагностическое исследование личности ординанта по методике В.А. Янышевой «Диагностика эго-состояний личности в аутоординационном подходе» / Л.А. Айдимирова. Тезисы доклада. Секция «ПСИХОЛОГИЯ». Подсекция «Психологическое консультирование и психотерапия: теоретические, исследовательские и прикладные аспекты» // Материалы Международного молодежного научного форума «ЛОМОНОСОВ-2023» / Отв. ред. И.А. Алешковский, А.В. Андриянов, Е.А. Антипов, Е.И. Зимакова. [Электронный ресурс] – М.: МАКС Пресс, 2023. (Дата обращения: 24.10.2023).
4. Данилина В.А. Исследование с применением психодиагностической методики В.А. Янышевой «Диагностика эго-состояний личности в аутоординационном подходе» / В.А. Данилина. Тезисы доклада. Секция «ПСИХОЛОГИЯ». Подсекция «Психологическое консультирование и психотерапия: теоретические, исследовательские и прикладные аспекты» // Материалы Международного молодежного научного форума «ЛОМОНОСОВ-2023» / Отв. ред. И.А. Алешков-

- ский, А.В. Андриянов, Е.А. Антипов, Е.И. Зимакова. [Электронный ресурс] – М.: МАКС Пресс, 2023. (Дата обращения: 24.10.2023).
5. Данилина В.А. Диагностика состояний эго личности в аутоординационном подходе / В.А. Данилина. Статья в сборнике материалов конференции. Раздел V «Новое в психологии – информация к размышлению» // Современные направления исследований в психологии: вызовы третьего десятилетия XXI века: материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения заслуженного деятеля науки РФ, доктора философских наук, профессора Георгия Викторовича Телятникова, 30-летию факультета психологии Тверского государственного университета. Тверь, 1-2 июня 2023 г. – Тверь: Издательство Тверского государственного университета, 2023. – 434 с. – 328-333с.
  6. Донцов Д.А. Информационная модель взаимосвязи сознательного и бессознательного в психическом с позиции трактовки эго-состояний в аутоординационном подходе / Д.А. Донцов // Экспериментальная психология в социальных практиках: сборник научных статей по материалам конференции / Под ред. В.А. Барабанщикова, В.В. Селиванова. – Москва: Издательство МГППУ, 2022. – 294 с., – 104-124с.
  7. Донцов Д.А. Психологическая методика В.А. Янышевой «Диагностика эго-состояний личности в аутоординационном подходе». Доклад на международной ежегодной научной конференции «Ломоносов – 2023». Секция «ПСИХОЛОГИЯ». Подсекция «Психологические состояния личности в норме и патологии». Россия, 04 апреля 2023.
  8. Донцов Д.А., Янышева В.А. Психодиагностическое определение эго-состояний личности и психотерапевтическая работа с ними в аутоординационном подходе. Доклад на IV всероссийской научно-практической онлайн конференции с международным участием «Консультативная психология и неклиническая психотерапия: развитие сообщества профессионалов». Россия, 24-25 декабря 2022.
  9. Кольчугина З.А., Янышева В.А. Эмпирико-экспериментальное выявление эффективности естественно-психического метода согласно методике «Диагностика эго-состояний личности в аутоординационном подходе» В.А. Янышевой / З.А. Кольчугина, В.А. Янышева // Вестник Академии управления и производства. 2023. – № 3. – 361-367с.
  10. Янышев С.К. Изучение личности ординанта (клиента) посредством методики В.А. Янышевой «Диагностика эго-состояний личности в аутоординационном подходе» / С.К. Янышев. Тезисы доклада. Секция «ПСИХОЛОГИЯ». Подсекция «Психологическое

- консультирование и психотерапия: теоретические, исследовательские и прикладные аспекты» // Материалы Международного молодежного научного форума «ЛОМОНОСОВ-2023» / Отв. ред. И.А. Алешковский, А.В. Андриянов, Е.А. Антипов, Е.И. Зимакова. [Электронный ресурс] – М.: МАКС Пресс, 2023. (Дата обращения: 24.10.2023).
11. Янышева В.А., Донцов Д.А. Диагностика эго-состояний личности в аутоординационном подходе: монография / В.А. Янышева, Д.А. Донцов. – Москва: РУСАЙНС, 2022. – 104с.
  12. Янышева В.А., Донцов Д.А. Диагностика эго-состояний личности в аутоординационном подходе / В.А. Янышева, Д.А. Донцов // Научно-практический альманах «Консультативная психологии в России». 2023. Том 1 / Под ред. В.Ю. Меновщикова. – М.: Институт консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт), 2023. – 312 с. – 91-123с.
  13. Янышева В.А., Донцов Д.А. Психодиагностика эго-состояний личности в контексте аутоординационного направления в психологии и психотерапии. Часть 1 / В.А. Янышева, Д.А. Донцов // Человеческий капитал. № 1 (169), 2023. – 192-204с.
  14. Янышева В.А., Донцов Д.А. Психодиагностика эго-состояний личности в контексте аутоординационного направления в психологии и психотерапии. Часть 2 (окончание, начало в № 1, 2023) / В.А. Янышева, Д.А. Донцов // Человеческий капитал. 2023. – № 2 (170). – 188-204с.

#### СЕКЦИЯ 4.

### Нейропсихологическая диагностика и реабилитация при нарушениях развития, родовых травмах, ЧМТ и других повреждениях мозга

*Руководитель секции: Султанова Альфия Сергеевна, клинический психолог, кандидат психологических наук, доцент, научный руководитель и ведущий специалист Центра нейропсихологической помощи детям и подросткам «Здоровое поколение», соучредитель Национальной ассоциации нейропсихологов.*

Султанова Альфия Сергеевна

#### НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К АНАЛИЗУ ПОСЛЕДСТВИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ТРАВМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

**Аннотация.** Рассмотрены принципы оказания нейропсихологической помощи при наличии у детей существенных отклонений в развитии вследствие тяжелого перинатального поражения ЦНС. Приведены данные нейропсихологического исследования детей 10-12 лет с негрубыми перинатальными повреждениями ЦНС в анамнезе.

**Ключевые слова:** детская нейропсихология, перинатальные поражения нервной системы.

**Annotation.** The principles of providing neuropsychological assistance in children with significant developmental deviations due to severe perinatal damage to the central nervous system are considered. Data from a neuropsychological study of children 10-12 y. o. with a history of mild perinatal CNS injuries are presented.

**Key words:** child neuropsychology, perinatal lesions of the nervous system.

**Постановка проблемы.** Травматический опыт сопровождает человека всю его жизнь. На протяжении онтогенеза человек не может избежать различных физических, психических, психологических травм той или иной интенсивности. При этом травма любого происхождения приводит к последствиям физиологического, психического, социального характера (что соответствует представлениям, разрабатываемым в биопсихосоциальной модели в медицине и др. отраслях). Особенно значимы травмы, полученные на ранних этапах онтогенеза: они не только наносят повреждения, но и приводят к нарушению дальнейшего развития. С этой точки зрения важнейшим является этап внутриутробного и раннего неонатального развития, который

делится на пренатальный (0 – 22 недели беременности) и перинатальный (22 недели беременности – 1 неделя внеутробной жизни) периоды.

«Неблагоприятно протекающие беременность и роды оказывают часто более пагубное воздействие на нервную систему и психику человека, чем эндо- и экзогенные факторы в постнатальном периоде» [2, с.7]. Среди перинатальных поражений нервной системы (ППНС) важнейшее место занимает родовой травматический фактор, вызывающий как механические повреждения, так и различные нарушения церебральной гемодинамики; родовая травма в структуре заболеваемости новорожденных занимает от 26,3 до 41,9% [1]. Необходимо отметить, что родовая травма и гипоксические поражения патогенетически связаны друг с другом и, как правило, сочетаются. В зависимости от степени поражения ЦНС, действия компенсаторных механизмов, адекватных лечебных мер, ППНС имеют различные последствия. Имеются данные о исходе повреждения мозга в перинатальном периоде: минимальная мозговая дисфункция – 38%, резистентная эпилепсия – 23%, детский церебральный паралич – 18%, умственная отсталость – 3,3%, благоприятные исходы (клинически не проявляющиеся) – 17,7% [3].

Однако, несмотря на актуальность и практическую значимость, проблема последствий ППНС очень мало исследуется; особенно это касается негрубых повреждений. В медицинской литературе имеется описание ряда исследований, доказывающих негативное влияние внутриутробной гипоксии и асфиксии новорожденного на психический онтогенез ребенка даже в случаях благоприятного исхода. Но, как правило, в этих работах основное внимание уделяется неврологическому статусу детей, а психологическая часть исследования сводится к одному или двум стандартизированным тестам. С нашей точки зрения, наиболее продуктивным способом исследования указанной проблемы является нейропсихологический анализ. Качественный синдромный анализ, принятый в отечественной детской нейропсихологии, способствует более полному пониманию механизмов той или иной формы дизонтогенеза, позволяет комплексно выявить и описать имеющиеся у ребенка недостатки, а также по-новому подойти к разработке коррекционных методов.

**Цель статьи:** рассмотреть особенности нейропсихологической помощи детям с последствиями тяжелых перинатальных поражений ЦНС. Представить данные нейропсихологического исследования детей с негрубыми перинатальными повреждениями ЦНС в анамнезе.

**Изложение основного материала исследования.** Перинатальные поражения нервной системы ведут к инвалидизации в 35-40% случаев [2]. Выше мы отмечали, что в числе тяжелых последствий ППНС – ДЦП, эпилепсия, умственная отсталость; часто у детей развивается дефект со сложной структурой, с сочетанной патологией. Особенности психического раз-

вития этих детей (как правило, объединенных уже не по этиологическому фактору, а по отдельным нозологиям) становились предметом многочисленных исследований, в том числе проводившихся в рамках нейропсихологического подхода. В данной статье у нас нет ни цели, ни возможности рассмотреть результаты этих исследований. Однако нейропсихологический анализ важен не только для проведения исследований, но и для разработки принципов и методов реабилитации. Обобщив наш многолетний опыт коррекционно-развивающей работы с детьми со сложной структурой дефекта, с существенными отклонениями в развитии, мы можем выделить основные особенности нейропсихологической реабилитации этих детей.

1. Задачи нейропсихологической диагностики и коррекции при работе с более легкими отклонениями в развитии (например, при наличии у ребенка школьной неуспеваемости, негрубых отклонений речевого развития и др.) – выявить и устранить или снизить недостаточность каких-либо нейропсихологических факторов, слабых «звеньев» психических функций. Главные задачи нейропсихологической работы с ребенком, имеющим тяжелые формы дефекта, – улучшение функционального состояния нервной системы в целом, стимуляция развития когнитивных, речевых и моторных функций, создание предпосылок и возможности («почвы») для обучения и социальной адаптации. В качестве основы для работы в данном случае оптимальна сенсомоторная коррекция, причем часто главная составляющая – именно сенсорная активация (моторная в ряде случаев, вследствие нарушения работы опорно-двигательного аппарата, невозможна или возможна в пассивном варианте).

2. При осуществлении коррекционного процесса обязательной является предварительная нейропсихологическая диагностика, проведение которой с детьми, имеющими тяжелые нарушения, зачастую недоступно. В таких случаях диагностический этап состоит в сборе данных анамнеза, результатов медицинских исследований, опросе родителей об особенностях состояния ребенка, в наблюдении за поведением ребенка, его действиями в быту.

3. Коррекционная работа с ребенком, имеющим тяжелые отклонения в развитии, должна носить строго индивидуальный характер; программу необходимо разрабатывать с учетом данных клинических и параклинических исследований (электроэнцефалограммы, МРТ и др.), а также сведений о состоянии здоровья ребенка (например, сердечно-сосудистой системы).

4. Дети с сочетанной тяжелой патологией требуют довольно длительной, многолетней нейропсихологической коррекции, во многих случаях можно говорить не просто о коррекции, а о сопровождении психического онтогенеза ребенка. При этом один из главных факторов эффективности – регулярность занятий.

5. Как правило, коррекционный процесс вызывает некоторый дискомфорт у ребенка, особенно на начальном этапе; необходимо быть готовым к реакциям протеста, негативному эмоциональному состоянию. Однако затем, по мере того, как дети усваивают коррекционную программу, эмоциональный фон нормализуется. Эффективность коррекции должна оцениваться не только и не столько родителями ребенка, сколько специалистами (как ведущими коррекционный процесс, так и супервизором) и с помощью объективных методов (медицинских исследований). При осуществлении нейропсихологической сенсомоторной коррекции грамотным специалистом отмечается двойное воздействие: как самих упражнений, так и специальным образом организованного взаимодействия с ребенком, для создания которого данный вид коррекции создает уникальные условия.

Большая часть перинатальных повреждений ЦНС носит легкий характер и не приводит к существенным отклонениям в развитии ребенка. Между тем, влияние негрубой перинатальной патологии нервной системы на психический онтогенез мало исследовано. В наших работах был проведен нейропсихологический анализ особенностей развития психических функций детей дошкольного возраста (5-7 лет) с негрубой перинатальной патологией ЦНС в анамнезе; было показано, что, несмотря на благоприятный исход ППНС, развитие этих детей отличается рядом особенностей [4, 5, 6]. Однако возникает закономерный вопрос – что с этими детьми происходит дальше? Возможно, какие-то нарушения могут быть скомпенсированы в школьном возрасте, или же они усугубляются, негативно влияя на психический онтогенез? Для того, чтобы ответить на этот вопрос, нами было проведено сравнительное исследование с участием 42 детей 10-12,5 лет с негрубым ППНС в анамнезе (ГИЭ 1 степени, оценка по шкале Апгар не менее 7 баллов) и 20 здоровых детей без ППНС в анамнезе. Использовались методы: модифицированная для детского возраста методика А.Р. Лурии, изучение данных медицинского анамнеза, анализ данных ЭЭГ, анкетирование педагогов и родителей, статистическая обработка данных (критерий Манна-Уитни, угловое преобразование Фишера).

Согласно результатам исследования, для каждого ребенка с ППНС характерна «мозаичная» картина, в которой относительная сохранность одних нейропсихологических факторов сочетается с недостаточностью других (чаще – левополушарных). Однако четко выделяются общие особенности, в той или иной степени свойственные всем детям основной группы, – нейродинамические нарушения и недостаточность произвольного контроля. Нейродинамические нарушения у исследованных детей были выражены меньше, чем у детей дошкольного возраста, которых мы исследовали ранее. Но они наблюдались у всех детей основной группы в виде снижения работоспособности, долгого «периода вработываемо-

сти», изменения темпа деятельности, инертности (числовые значения см. в Табл. 1). Темп работы у этих детей, как правило, мог быть достаточно высоким, только если ребенок не старался, выполнял задания небрежно. У большинства детей основной группы темп работы существенно снижался, если ребенок пытался качественно внимательно выполнить задания.

Инертность проявлялась в следующих феноменах. В двигательной сфере – персевераторные застревания: повтор предыдущей позы пальцев в пробах на кинестетический праксис, повтор элементов двигательной программы и трудности переключения в заданиях на динамический праксис, «лишние» буквы или их элементы в письме. В когнитивной сфере – «застревание» на предыдущей инструкции или на одном и том же способе выполнения задания. Например, некоторые дети после выполнения заданий на называние изображений не могли составить рассказ по картинке, потому что начинали просто называть изображенные объекты; после указания на то, что задание уже другое и надо описать, что происходит на картинке, дети исправлялись. В эмоциональной сфере – «вязкость» эмоций, продолжение эмоционального реагирования на уже завершившуюся ситуацию. Это отображалось и в родительских отчетах, где родители отмечали у своих детей обидчивость или что «ребенок долго не может успокоиться» после какого-либо события. Наличие нейродинамических нарушений, даже если они не сопряжены с недостаточностью каких-либо высших психических функций, имеет серьезные негативные последствия для качества жизни и психического развития ребенка (см. Табл. 1). В связи с инертностью, медлительностью или повышенной активностью, утомляемостью и прочими подобными особенностями дети испытывают трудности как на уроках, так и при общении со сверстниками. Это негативно сказывается не только на процессе когнитивного развития и на школьной успеваемости, но и на формирующейся самооценке детей, на уровне их принятия со стороны сверстников, то есть в итоге – на их социальной адаптации.

**Таблица № 1**

**Нейродинамические нарушения у исследованных детей  
(количество детей, % от всех детей в группе)**

нарушение	основная группа	контрольная группа	статистическая значимость различий
снижение работоспособности	84%	25%	$p \leq 0,05$
долгий «период вработываемости»,	72%	10%	$p \leq 0,01$
изменение темпа деятельности	74,4%		$p \leq 0,05$
инертность, в т.ч.:	72%	15%	$p \leq 0,05$
повтор предыдущей позы пальцев в пробах на кинестетический праксис	43,2%;	5%	$p \leq 0,05$
трудности переключения в заданиях на динамический праксис	79,2%	15%	$p \leq 0,05$

выполнение предыдущей инструкции или «застывание» на способе выполнения задания	69,6%	10%	$p \leq 0,01$
«вязкость» эмоций	67,2%	10%	$p \leq 0,05$
всего, те или иные нарушения	100%	30%	$p \leq 0,01$

Можно предположить, что нейродинамические особенности напрямую связаны с наличием перинатального поражения ЦНС и могут являться первичным дефектом, так как внутриутробный период развития особенно важен для созревания субкортикальных структур, обеспечивающих активацию головного мозга; на ЭЭГ этих детей – функциональные изменения электрической активности диэнцефального и/или стволового генеза.

Другой характерной особенностью детей с ППНС была недостаточность произвольного контроля. Это проявлялось у всех детей основной группы, но с разной степенью выраженности (в контрольной группе отмечалось у 15% детей). В процессе нейропсихологического исследования дети отвлекались, часто действовали импульсивно, приходилось несколько раз повторять инструкцию или требовать тщательного выполнения задания. Недостаточность произвольной регуляции приводила к снижению показателей при выполнении заданий нагнозис, внимание, память, речь, вербально-логическое мышление. Например, при исследовании зрительногогнозиса дети назвали перечеркнутое изображение расчески «пилой», но исследователь говорил «посмотри внимательнее», и дети давали правильный ответ. При исследовании слухоречевой памяти дети часто воспроизводили одно и то же слово несколько раз, а также делали «ассоциативные» ошибки (например, после правильного воспроизведенного слова «рука» говорили ошибочное слово «нога»). По словам родителей, эти дети дома часто не соблюдают правила, их трудно привлечь к помощи по хозяйству. Большие трудности возникают с выполнением домашнего задания: дети не всегда записывают его, дома не могут самостоятельно сесть за уроки, предпочитая играть в гаджеты или смотреть телевизор. Школьные учителя отмечали, что эти дети отвлекаются и отвлекают других детей на уроках, часто не успевают дописать классную работу, не доделывают до конца задачи, и т.п. Создается впечатление, что эти дети могут что-либо продуктивно выполнять только при участии взрослого человека, который находится рядом и как будто «выполняет» функции префронтальных отделов головного мозга. Отклонения формирования управляющих функций могут свидетельствовать как о запаздывании развития префронтальных отделов головного мозга, так и о нарушении становления связей между лобными долями и подкорково-стволовыми структурами головного мозга у детей с ППНС. У детей с ППНС в анамнезе формируется особый симптомокомплекс, который можно назвать «подкорково-лобный» нейропсихологический синдром: на фоне измененной активации (чаще – сниженной) со стороны подкор-

ково-стволовых структур нарушается функциональное состояние и развитие лобной коры головного мозга, которая, в свою очередь, начинает недостаточно выполнять организующую функцию по отношению к субкортикальным структурам; основной вид нарушений при этом – снижение произвольного контроля на фоне нейродинамических дисфункций.

Помимо описанных нарушений, у каждого ребенка основной группы отмечалась недостаточность хотя бы одного нейропсихологического фактора, т.е. в целом наблюдалась «мозаичная картина», в которой относительно сохранные нейропсихологические факторы сочетались с недостаточностью других. Чаще отмечалась недостаточность: произвольного внимания, слухоречевой памяти, кинетического и кинестетического праксиса, зрительно-пространственного гнозиса, фонематического слуха. Статистически значимые различия представлены в Табл. 2.

**Таблица № 2**

**Статистически значимые различия между группами респондентов при выполнении нейропсихологических тестов**

недостаточная функция	средний балл		значимость различий
	основная группа	контрольная группа	
произвольное внимание	2,1	0,5	$p \leq 0,01$
двигательные функции:			
кинестетический праксис	1,4	0	$p \leq 0,05$
кинестетический праксис	1,9	0,6	$p \leq 0,01$
в т.ч. реципрокная координация рук	2,2	0,4	$p \leq 0,01$
зрительно-пространственный гнозис	2,1	0,8	$p \leq 0,01$
слухоречевая память	1,4	0,5	$p \leq 0,05$
фонематический слух	1,8	0,6	$p \leq 0,05$

Слуховой и тактильный гнозис оказались самыми сохранными функциями у детей основной группы. Надо отметить, что в тестах на локализацию прикосновения дети не всегда были точны, но то же самое наблюдалось и в контрольной группе.

К нашему удивлению, мы обнаружили ошибки и синкинезии в пробах на кинестетический праксис у многих детей в основной группе. Эти ошибки часто были негрубыми, но не соответствовали возрасту. Дети последовательно перебирали пальцы в поиске нужной позы, действовали неловко, иногда помогали другой рукой, ошибались и не всегда могли исправить ошибки, даже если исследователь указывал на них. Синкинезии наблюдались только у детей основной группы (60% детей), они чаще были мануально-мануальными, реже – мануально-оральными.

Кинетический праксис также недостаточно развит у детей с ППНС в анамнезе. Для них характерны инертность, персеверации, трудности удержания двигательной программы. Часто у этих детей наблюдалось упрощение программы, недостаточная плавность движений. В графомоторной пробе («забор» с чередующимися элементами П/Л) они очень часто вводили лишний «облегчающий» элемент (самая распространенная ошибка). Задание «кулак-ладонь-ребро» (повторить последовательные движение кисти руки) оказалось для них одним из самых трудных. Дети контрольной группы тоже допускали ошибки в этом задании, но они были не такими серьезными, как в основной группе, и часто дети исправлялись самостоятельно. Дети основной группы часто просто хаотично перебирали показанные им позы кисти руки, и могли помочь только прямой речевой контроль. Довольно низкие результаты дети основной группы показали при выполнении пробы на реципрокную координацию рук. Только 8,8% этих детей сделали это задание правильно, остальные делали ошибки, двигали всей рукой, медленно выполняли движения.

Слухоречевая память исследовалась с помощью метода заучивания десяти не связанных по смыслу слов и пересказа услышанного рассказа. Достоверные различия были выявлены только при анализе результатов первого метода. У детей основной группы отмечалось:

- 1) снижение результатов первого воспроизведения, что может быть связано с инертностью, длительным ориентировочным периодом;
- 2) большое количество (до 50%) ошибок, в основном это были замены по семантическому принципу (близкие по смыслу слова) или по ассоциативному принципу (например, после верного слова «брат» ребенок говорил ошибочное слово «сестра»);
- 3) частый повтор одних и тех же слов при припоминании, эти ошибки связаны со снижением самоконтроля;
- 4) при отсроченном воспроизведении дети вспоминали меньше слов (в среднем – 6.3, чем дети контрольной группы (в среднем – 7.8).

Таким образом, для большинства детей с ППНС характерно некоторое снижение объема слухоречевой памяти под влиянием двух механизмов. Во-первых, слабостью слеодообразования, что может быть связано с функциональной недостаточностью левой височной области. Во-вторых, вследствие снижения фактора произвольности, который обеспечивается префронтальными отделами головного мозга.

Задания на зрительный гнозис дети обеих групп выполняли довольно хорошо. В основной группе были ошибки, связанные с импульсивностью ответов, недостаточностью произвольного внимания, но эти ошибки дети исправляли. Тесты на зрительно-пространственный гнозис оказались сложными для детей из обеих групп, но дети с ППНС выполняли их досто-

верно хуже. Особенно много ошибок и отказов выполнять задание было в пробе «часы со стрелками». Вероятно, это связано с тем, что дети сейчас мало используют такие часы. Но довольно много грубых ошибок было и в задании «Бутылочки Пиаже» (нарисовать уровень воды во вращаемой бутылке), хотя современные дети часто употребляют напитки в бутылках. Недостаточное развитие пространственного фактора проявлялось и в других пробах: кинестетический праксис, пространственный праксис, копирование фигур. Эта недостаточность может быть связана с запаздыванием развития затылочно-теменных областей правого полушария.

У детей с ППНС в анамнезе также наблюдались особенности развития речи. Эти дети чаще, чем дети контрольной группы, ошибались в назывании предметов, чаще испытывали трудности при составлении развернутых предложений, у них чаще наблюдалась стертая дизартрия. Но статистически достоверные различия мы получили только по фонематическому слуху: дети основной группы делали серьезные ошибки (дети в контрольной группе иногда путали звуки «о»-«у»), у них недостаточность фонематического слуха часто приводила к неправильному пониманию смысла услышанного слова и к ошибкам при письме (дисграфии).

Таким образом, согласно результатам исследования, у детей с последствиями ППНС в большей степени страдают левополушарные функции и межполушарное взаимодействие. В целом, оказалось, что развитие коры левого полушария больше, чем правого, чувствительно к влиянию перинатальной гипоксии.

Необходимо отметить, что все исследованные дети были праворукими. Но в группе детей с ППНС в 2 раза чаще встречалось «скрытая» леворукость (см. Табл. 3), а также доминирование левого глаза и левого уха. Дети, у которых ведущим являлся левый глаз (то есть, доминирование руки и глаза не совпадало), имели трудности усвоения навыка письма, часто – дисграфию.

**Таблица № 3**

**Разные формы левшества в группах (количество детей, в %)**

	Основная группа	Контрольная группа
латентная леворукость: ребенок пишет правой рукой, но в деятельности часто использует левую руку, тесты А.Р. Лурия показывают доминирование левой руки	64%	30%
доминирование левого глаза	48%	35%
доминирование левого уха	43%	25%

Выше мы отмечали, что у детей основной группы выраженность нарушений исполнительных функций была различной. Мы разделили основную группу на две подгруппы в зависимости от степени этих нарушений.

У детей 1 подгруппы (16 чел., 38% от основной группы, большинство – девочки) наиболее ярко проявлялись нейродинамические нарушения, а недостаточность исполнительных функций была слабой. У детей 2 подгруппы (26 чел., 62%, от основной группы, большинство – мальчики) также имелись нейродинамические нарушения, но на первый план выходила недостаточность произвольной регуляции деятельности.

У большинства детей 1 подгруппы отмечается неплохая школьная успеваемость и социальная адаптация (см. Табл. 4), но снижено качество жизни. Они долго выполняют домашнее задание, инертно «застревают» на негативных переживаниях; часто у них наблюдаются психосоматические реакции, повышенная тревожность, снижение самооценки. Девиантное поведение наблюдается у этих детей не очень часто, проявляется в виде негативизма, аддикций (интернет-зависимость, игровая зависимость, переядание и пр.), прогулов уроков, иногда – суицидальных мыслей.

**Таблица № 4**

**Некоторые характеристики выделенных подгрупп респондентов**

Подгруппа (все дети – с последствиями ППНС)	половой состав	школьная успеваемость, средний балл (макс. - 5)	правильное выпол- нение заданий на вербально-логическое мышление	девиантное поведение
1 негрубая недоста- точность исполни- тельных функций	около 75% девочек и 25% мальчиков	4,1	70% детей	37,5% детей
2 выраженная недостаточность исполнительных функций	около 23% девочек, и 77% мальчиков	3.3	38,5% детей	84,7% детей

У детей 2 подгруппы дефицит произвольной регуляции становится основным фактором, затрудняющим продуктивную деятельность и социальную адаптацию. Показатели вербально-логического интеллекта у этих детей несколько снижены, они имеют более низкую успеваемость в школе, и часто у них наблюдается девиантное поведение (вербальная и физическая агрессия по отношению к родителям, учителям и сверстникам, ложь, прогулы уроков, воровство, раннее табакокурение, аддикции, и пр.). Для этих детей характерно отставание в формировании способности контролировать эмоциональные проявления, сочетание агрессивности к сверстникам с негативизмом по отношению к взрослым, особенно при попытках последних регламентировать их деятельность. Также у этих детей нарушено «чувство дистанции». Как правило, у них наблюдается сочетание повышенной эмоциональной восприимчивости и ранимости по отношению к себе с довольно низкой чувствительностью по отношению к другим, недостаточной способностью к эмпатии.

На наш взгляд, рассмотренные выше особенности детей с ППНС обусловлены двумя группами факторов.

1. Функциональная недостаточность различных структур головного мозга, которая может быть как первичной (недостаточность субкортикальных отделов), так и вторичной (в основном страдает функциональное развитие левого полушария).

2. Социальные факторы. В большинстве случаев наличие у ребенка ППНС негрубого характера недостаточно учитывается при воспитании и обучении ребенка. Родители, воспитатели, педагоги предъявляют к ребенку требования, как к здоровому ребенку, что не соответствует его возможностям. В итоге у ребенка возникают вторичные нарушения эмоционально-личностной сферы, и достаточно часто появляются нарушения социальной адаптации.

### **Заключение**

В течение последних десятилетий в нашей стране отмечается тенденция к довольно существенному повышению распространенности различных отклонений в состоянии здоровья и развитии детей. Увеличивается количество детей как с негрубыми, т.н. пограничными, формами нарушений онтогенеза, так и с тяжелыми инвалидизирующими дефектами. На наш взгляд, решение этой проблемы невозможно без обращения к пре- и перинатальным периодам развития. Проведенное исследование показало, что развитие психических функций детей с последствиями перинатальных поражений ЦНС даже при благоприятном исходе отличается от нормативных показателей. Перенесенное перинатальное поражение мозга является фактором риска отклоняющегося развития ребенка и трудностей социальной адаптации. Необходимо дальнейшее исследование данного вопроса.

### **Литература**

1. Луковцева З.В. Методология и методика коррекционно-реабилитационной работы нейропсихолога: ПРАКТИКУМ / З.В. Луковцева, Л.В. Сенкевич. – Москва: Московский институт психоанализа, 2017. – 72с.
2. Луковцева З.В. Методология и методика коррекционно-реабилитационной работы нейропсихолога: Учебно-методическое пособие / З.В. Луковцева, Л.В. Сенкевич, Д.А. Донцов. – Москва: Негосударственное образовательное частное учреждение высшего образования «Московский институт психоанализа», 2017. – 160с.
3. Мидленко А.И., Шевалаев Г.А., Мидленко М.А., Рябов С.Ю., Котова Е.Ю. Родовая травма. – Ульяновск, 2015.

4. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных. – М., 2009.
5. Петрухин А.С. Детская неврология. – М., 2012.
6. Султанова А.С. Влияние негрубого перинатального поражения нервной системы на психический онтогенез: нейропсихологический анализ // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2015. – № 5(34) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (Дата обращения: 27.202023).
7. Султанова А.С., Иванова И.А. Особенности развития психических функций детей дошкольного возраста с негрубым перинатальным поражением нервной системы в анамнезе // Европейский журнал социальных наук. – 2011, № 11(14). – 105-111с.
8. Sultanova A., Ivanova I. Features of Mental Development of Children with Mild Perinatal Brain Pathology. //Psychology and the Search for Certainty in Everyday Life. /Edited by Daphne Halkias. – Athens: Athens Institute for Education and Research, 2013. – P. 217-227.

**Каменецкая Мария Игоревна**

## **НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ С ДИФFUЗНЫМ АКСОНАЛЬНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ**

**Аннотация.** Структура дефицитов в нейропсихологическом синдроме при ЧМТ (черепно-мозговая травма) с ДАП (диффузное аксональное повреждение) соотносится с дезинтеграцией психической деятельности, что определяет тактику ведения нейропсихологической реабилитации. В статье представлен случай пациентки 19 лет с ЧМТ с ДАП, проходившей курс реабилитационных мероприятий в течение 5 месяцев.

**Ключевые слова:** реабилитация, черепно-мозговая травма, диффузное аксональное повреждение, нейропсихология, маршрут реабилитации, психическая дезорганизация, инвалидизация.

**Поставленная проблема.** В России ежегодно регистрируется около 600 тысяч черепно-мозговых травм 50 тысяч человек погибают, 250 тысяч остаются инвалидами, 30% из них – дети [13 С. 4].

В Москве число пострадавших от ЧМТ (черепно-мозговая травма) составляет 60000–70000 человек в год, для лечения которых требуется около 650000 койко-дней. Ежегодно это число увеличивается на 2% [4 С. 7-17].

Черепно-мозговая травма является одной из ведущих причин, приводящих не только к временной, но и стойкой утрате трудоспособности, особенно у лиц молодого возраста, имеющих наибольшую социальную активность.

Ежегодно из общего числа впервые признанных инвалидами вследствие травм всех локализаций свыше 35% составляют инвалиды с последствиями ЧМТ. Более 60% больных, перенесших ЧМТ в той или иной степени, утрачивают трудоспособность [9 С. 90].

ЧМТ – лидирующая причина смертности среди лиц моложе 45 лет. По данным НИИ скорой помощи им. Склифосовского, число госпитализированных пациентов в г. Москве составляет 13000-15000 в год [10 С. 31]. Преимущественно страдают мужчины, средний возраст до 43 лет, при этом от 15% до 25% пациентов имеют сочетанные повреждения [1 С. 2].

По данным Всемирной организации здравоохранения клиническое и социальное значение ЧМТ определяется не только частотой, но и многообразием ее последствий различной тяжести, приводящих к инвалидности более 100 тысяч человек ежегодно, причем 40%-60% из них признаются инвалидами II и I группы [12 С. 1-10].

При этом в большинстве случаев инвалидами становятся лица наиболее трудоспособного возраста – до 50 лет, наиболее часто это люди от 25 до 45 лет, что обуславливает необходимость оказания активной реабилитационной помощи [4 С. 17].

**Цель статьи.** Описание структуры нейропсихологического синдрома при черепно-мозговой травме (ЧМТ) с диффузным аксональным повреждением (ДАП), а также определение тактики реабилитационного маршрута на примере приведенного случая.

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) – механическое повреждение черепа и (или) внутрочерепных структур: головного мозга, мозговых оболочек, сосудов, черепных нервов [С. 5-18]. Классификация ЧМТ основывается на ее биомеханике, виде, типе, характере, форме, тяжести повреждений, клинической фазе, периоде течения, а также исходе травмы [3 С. 47- 123].

В процентном соотношении около:

- 50% ЧМТ относят к бытовым травмам,
- на долю ДТП (дорожно-транспортных происшествий) приходится 20%,
- 22% травм в результате падения с высоты,
- спортивный травматизм или травмы, полученные при развлечениях, составляют 8%.

К клиническим формам ЧМТ относят:

- сотрясение головного мозга,
- ушиб головного мозга,

- диффузное аксональное повреждение (ДАП) головного мозга (ГМ),
- сдавление головного мозга,
- сдавление головы.

Под диффузным аксональным повреждением (ДАП) подразумевают полные и/или частичные распространенные разрывы аксонов в частом сочетании с мелкоочаговыми геморрагиями, обусловленные травмой преимущественно инерционного типа. Чаще всего ДАП встречается при авто-травме, ката-травме, баротравме [11 С. 19-24].

При этом наиболее характерными территориями аксональных и сосудистых нарушений являются ствол мозга, мозолистое тело, белое вещество больших полушарий, а также паравентрикулярные зоны. Доказано, что большую роль в развитии комы вслед за травмой играют повреждения аксонов в стволе мозга. Треть пострадавших с ДАП погибает.

При этом для ДАП характерно пребывание пострадавших в длительной коме. Прогноз и исходы после ДАП зависят от длительности и глубины комы. При продолжительности комы до 7 суток чаще всего отмечается умеренная инвалидизация или хорошее восстановление, при продолжительности комы свыше 8 суток возрастает риск грубой инвалидизации.

### **Анализ случая**

Пациентка, 19 лет. Анамнез: закончила специализированный учебно-научный центр имени А.Н. Колмогорова, поступила на химический факультет в МГУ имени М.В. Ломоносова. Травму получила 04.07.2015 после окончания второго курса в турпоходе в результате падения с высоты.

Диагноз: закрытая (З) ЧМТ, ЗЧМТ, субарахноидальное кровоизлияние, ушиб правой височной доли, пластинчатая субдуральная гематома справа. Поперечная дислокация со смещением срединных структур 3 мм. Ушиб мягких тканей головы справа. Двусторонняя параорбитальная гематома. Множественные ссадины нижних конечностей.

Электроэнцефалограмма (ЭЭГ) от 13.07.2015: на первый план выступают грубые общие изменения биопотенциалов в виде дезорганизации корковой ритмики с признаками дисфункции стволовых структур мозга. Локальные проявления медленно-волновой активности выявляются в лобной, височной и центральной областях правого полушария.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) от 15.07. 2015: определяется очаг в валике мозолистого тела, правой височной доле. Субдуральная гематома над височной, теменной и затылочной долями справа.

Нейропсихологическая диагностика на 36 день после травмы обнаруживает следующие функциональные дефициты: повышенная истощаемость, недостаточность межполушарного взаимодействия, дисмнестический синдром, нарушение управляющих функций, снижение аттенционных

возможностей, тактильная левосторонняя агнозия, недостаточность зрительного симультанного и пространственного анализа и синтеза, кинестетическая недостаточность, выраженная эмоциональная лабильность.

Динамическое нейропсихологическое наблюдение на 43 день после травмы: сохраняется повышенная истощаемость, недостаточность межполушарного взаимодействия, нарушение управляющих функций, снижение внимания, тактильная левосторонняя агнозия, недостаточность зрительного симультанного и пространственного анализа и синтеза, кинестетическая недостаточность с отчетливой положительной динамикой по всем показателям.

Важно отметить, что нарушение произвольной психической деятельности при ЧМТ с ДАП отражает дезинтеграцию психической деятельности, что обуславливает такое разнообразие выявляемых дефицитов в результатах нейропсихологической диагностики с одной стороны, а с другой стороны определяет последовательность нейропсихологического реабилитационного воздействия, целью которого будет являться интеграция психических процессов.

Пациентка прошла курс реабилитации длительностью 5 месяцев, в ходе которого был реализован следующий маршрут нейропсихологической реабилитации: наращивание энергетического потенциала, восстановление вестибулярных функций, кинестетических возможностей, межполушарного взаимодействия, зрительного и пространственного симультанного анализа и синтеза, управляющих функций.

К концу реабилитационного курса пациентка демонстрировала полное восстановление когнитивных функций и остаточные дефициты эмоциональной сферы.

## **Выводы**

### ***Принципы организации нейропсихологической реабилитации для пациентов с ЧМТ с ДАП***

Частота занятий – от двух раз в неделю. Длительность занятия выбирается индивидуально и зависит от степени и скорости истощаемости пациента. Работа небольшими сетями предотвращает наступление истощения и обеспечивает продуктивность работы в них. Длительность сетов должна постоянно увеличиваться, время увеличения сетов определяется индивидуально и основано на индивидуальных возможностях пациента и его актуальном состоянии на момент занятия. Крайне важно при наращивании продолжительности сетов следить за сохранением уровня оптимального функционирования и прекращать сет сразу же при его снижении, это позволит повысить продуктивность каждого занятия. Перерыв между сетями.

Наибольшее количество дефицитов у пациентов с ЧМТ с ДАП возможно преодолеть за счет внедрения методов психомоторной реабилитации. Процент двигательных задач на начальных этапах реабилитации составляет от 80% общего времени и постепенно сокращается до 40% от времени занятия. Структура психомоторной коррекции включает в себя работу в рамках вестибулярного тренинга, тренинга, направленного на восстановление представления о схеме тела за счет восстановления поверхностной и глубокой чувствительности, прослеживающих движений глаз и зрительного восприятия с последующей интеграцией с вестибулярными ощущениями. Только после этого рекомендовано переходить к усложнению программы координационных задач.

Работа по преодолению нарушений зрительного и пространственного восприятия ведется параллельно, однако, на начальных этапах составляет не более 20 процентов от занятия. При этом сначала следует полностью устранить нарушения зрительного восприятия, в том числе за счет проработки прослеживающих движений глаз, и только после этого переходить к наращиванию возможностей зрительного пространственного анализа и синтеза.

Работа с регуляторным звеном начинается уже на уровне психомоторной коррекции, поскольку уже в этих заданиях пациент активно нагружается необходимостью удержания простой программы деятельности, а далее переходит к формату самостоятельного моторного планирования. Тут необходимо отдельно отметить важность речевого опосредования деятельности, что приводит к повышению продуктивности. Помимо трудностей программирования пациенты с ДАП достаточно часто имеют и трудности эмоциональной регуляции, что обуславливает необходимость включения в реабилитационный маршрут техник саморегуляции и работы с эмоциональным интеллектом, а также при необходимости занятий с психологом, особенно в случаях острых реакций на факт травмы, осознания ее последствий.

Включение нейропсихологических методов в структуру общего реабилитационного маршрута сокращает срок восстановительного периода пациентов с ЧМТ с ДАП.

### Литература

1. Хирургия тяжелой черепно-мозговой травмы. Под общей ред. В.В. Крылова, А.Э. Талыпова, О.В. Левченко. – М., АБВ-пресс, 2019. [1 С. 2].
2. Зайцев О.С. Психиатрические аспекты черепно-мозговой травмы и ее последствий. – М.: МЕД-пресс-информ., 2021. [С. 5-18].
3. Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. Классификация черепно-мозговой травмы // [С. 47- 123].

4. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. – М.: Антидор, 1998. – Т. 1. [ С. 7-17].
5. Capizzi A, Woo J, Verduzco-Gutierrez M, 2020
6. Abdelhakim Khellaf ,Danyal Zaman Khan, Adel Helmy, Recent advances in traumatic brain injury. J Neurol. 2019 Nov;266(11):2878-2889. Epub 2019 Sep 28.
7. Michael A Vella, Marie L Crandall, Mayur B Patel, Acute Management of Traumatic Brain Injury Surg Clin North Am. 2017 Oct; 97(5): 1015-1030.
8. Maureen Scarboro, Karen A McQuillan, Traumatic Brain Injury Update AACN Adv Crit Care. 2021 Mar 15; 32(1): 29-50.
9. Магомедова Н.Г. Посттравматические когнитивные нарушения у больных и их реабилитация с учетом основных положений международной классификации функционирования, 2018 [С. 90].
10. Ассоциация нейрохирургов России, ID734, Сотрясение головного мозга, 2022, [С. 31].
11. Дубровин И.А., Мосоян А.С., Груховский С.В., Бычков А.А. Общая характеристика травмы головы у водителя при дорожно-транспортном происшествии, Судебно-медицинская экспертиза, 2020. [С. 19-24].
12. Е.А. Шарова, С.А. Валиуллина, Черепно-мозговая травма у детей в городе Москве, [С. 1-10].
13. Жарова Е.Н. Оптимизация сочетанного лечения физическими факторами пациентов с черепно-мозговой травмой в ранний период, 2019. [С. 4].
14. Луковцева З.В. Методология и методика коррекционно-реабилитационной работы нейропсихолога: ПРАКТИКУМ / З.В. Луковцева, Л.В. Сенкевич. – Москва: Московский институт психоанализа, 2017. – 72с.
15. Луковцева З.В. Методология и методика коррекционно-реабилитационной работы нейропсихолога: Учебно-методическое пособие / З.В. Луковцева, Л.В. Сенкевич, Д.А. Донцов. – Москва: Негосударственное образовательное частное учреждение высшего образования «Московский институт психоанализа», 2017. – 160с.

## ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦНС. ОТДАЛЁННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

**Аннотация.** В статье рассмотрены причины школьной неуспеваемости у детей, не имевших до школы выраженных трудностей в развитии. Показана взаимосвязь между снижением нейродинамических показателей психической деятельности и анамнестическими данными, выявляющими перинатальное поражение ЦНС.

**Ключевые слова:** гипоксически-ишемическое перинатальное поражение ЦНС, нейродинамические показатели психической деятельности, симптом, синдром, нервная система, заболевание, ребенок, мозг, диагностика, I функциональный блок мозга.

**Annotation.** The article deals with the causes of academic failure in children who had no pronounced developmental difficulties before school. The correlation between the decrease of neurodynamic indicators of mental activity and anamnestic data revealing perinatal CNS lesion is shown.

**Keywords:** hypoxic-ischemic perinatal CNS lesion, neurodynamic indicators of mental activity, symptom, syndrome, nervous system, disease, child, brain, diagnosis, I functional block of the brain.

**Постановка проблемы.** Не имея под собой явных причин, при относительно благополучном развитии в дошкольном возрасте, в школе у определенного процента учащихся наблюдаются стойкие трудности в освоении одного и более школьных предметов. Отклонения в развитии нервно-психических функций у детей раннего возраста в большинстве случаев своими корнями уходят в перинатальный период и привлекают в настоящее время все большее внимание исследователей.

### Перинатальные поражения ЦНС

К перинатальным поражениям нервной системы у новорожденных относят патологические состояния и заболевания головного, спинного мозга и периферической нервной системы. Эти поражения объединяются в общую группу исходя из того периода, когда на нервную систему воздействовали повреждающие факторы, а именно – с 24 недели внутриутробного развития до 7 суток после рождения [4 – 6].

Благодаря накопленным знаниям и новейшим методам исследования специалистам удалось построить единую классификацию, объединяющую перинатальные повреждения нервной системы новорожденных.

Исходя из причины возникновения перинатальных поражений нервной системы, их разделяют на четыре группы (см. Табл. 1).

Таблица № 1

**Патологии ЦНС новорожденных детей**

Вид патологии	Частота, в %
Гипоксия и ишемия мозга	47
Аномалии развития и дисплазии мозга	28
TORCH-инфекции	19
Родовые травмы	4
Наследственные болезни обмена	2

Следует отметить, что наследственные болезни не относят к перинатальным поражениям.

Также отечественными неврологами была предложена следующая классификация поражений нервной системы.

**Гипоксически-ишемические поражения ЦНС**, включающие ишемию I, II и III степени и внутрочерепные кровоизлияния гипоксического генеза I, II и III степени, разделяющиеся на субарахноидальные и паренхиматозные.

**Травматические поражения ЦНС**, к которым относятся повреждения головного, спинного мозга и периферических нервов.

**Токсико-метаболические поражения нервной системы**: билирубиновая энцефалопатия, токсическое поражение ЦНС, связанное с абстинентным синдромом, гипер- и гипонатриемия, гипокальциемия, гипомагниемия, недостаточность витамина B6.

**Инфекционные поражения ЦНС** – заболевания плода, обладающие общими эпидемиологическими закономерностями. Для обозначения внутриутробных инфекций применяется термин TORCH-синдром. Эта аббревиатура образуется из первых букв латинских названий заболеваний, так: Т – токсоплазмоз, R – краснуха, С – цитомегаловирусная инфекция, Н – герпес, О – другие инфекции (сифилис, ВИЧ, гепатит, хламидиоз, и др.) [4].

**Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС**

Одним из наиболее распространенных перинатальных поражений ЦНС являются гипоксии, которые, в свою очередь, разделяются на церебральную ишемию, внутрочерепные кровоизлияния гипоксического генеза и сочетанные ишемические и геморрагические поражения ЦНС (нетравматические) [1, 3, 6, 7].

Причиной гипоксически-ишемических поражений ЦНС является гипоксия и асфиксия при рождении ребенка. Экстрацеребральными причинами стойкой гипоксии мозга могут быть врожденные пороки сердца, ги-

поволемический шок, артериальная гипертензия, флуктуация системного артериального давления, струйное введение гиперосмолярных растворов или быстрое введение больших объемов инфузионных сред, пневмоторакс, коагулопатия, малый срок гестации, незрелость, ошибки оказания первичной реанимационной помощи.

Вследствие дефицита кровоснабжения мозга происходит ишемическое поражение зон бассейнов мозговых артерий, расположение которых зависит от гестационного возраста.

От тяжести и продолжительности нарушения мозгового кровотока зависит и тяжесть последствий острой ишемии.

### ***Клиническая картина повреждения ЦНС***

Возможность восстановления здоровья младенца напрямую зависит от раннего выявления перинатальной патологии ЦНС, своевременного начала лечения и реабилитации. Проводя нозологическую диагностику поражений нервной системы в первые дни жизни новорожденного специалисты испытывают значительные трудности из-за сходства неврологических проявлений при патологиях различного генеза. Поэтому неврологами были выделены комплексы клинических симптомов, которые чаще всего встречаются при тех или иных поражениях ЦНС (см. Табл. 2).

**Таблица № 2**

### **Клинические синдромы, наблюдающиеся у детей в первые месяцы жизни**

<b>Синдром</b>	<b>Основные клинические симптомы</b>
Синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости	беспокойство, тремор подбородка и конечностей, проблемы со сном (ночная активность и дневная сонливость), спонтанные вздрагивания при сильном плаче
Синдром общего угнетения (чаще встречается у недоношенных младенцев)	вялость, слабая реакция на окружающие раздражители и проводимые с ним манипуляции, сниженность рефлексов, вялая реакция на внешнюю среду
Гипертензионно-гидроцефальный синдром	повышенный мышечный тонус, самопроизвольный рефлекс Монро, тремор подбородка и верхних конечностей, увеличение, по сравнению с нормой, окружности головы, аномалия развития костных швов черепа, симптом Грефе

На протяжении первых дней жизни ребенка допускается, что специалистами будет поставлен только синдромологический диагноз. Однако впоследствии он обязательно должен быть уточнен. Более точный диагноз появляется после наблюдения за прохождением новорожденным основных этапов выхаживания, сбора дополнительного анамнеза, расшифровки данных различных исследований. Качество диагностики повышается

путем накопления, сохранения и систематизации различной информации, получаемой на всех этапах медицинской и реабилитационной помощи.

Проблема своевременного лечения и реабилитации также состоит в том, что легкие гипоксии в родах часто игнорируются и в последующем не наблюдаются специалистами из-за возможного бессимптомного течения или легкой симптоматики в первые дни жизни, когда ребенок находится под постоянным контролем врачей.

В последующем многие симптомы, наблюдающиеся у младенцев, так называемые, синдромы восстановительного периода (см. Табл. 3), не предъявляются родителями врачам, так как считаются в обиходе обычным явлением, встречающимся довольно часто (ребенок плохо засыпает, спит непродолжительное время, часто срыгивает после еды и т.п.). Родители, общаясь со своими близкими, знакомыми, занимаясь поисками информации в Интернете, убеждают сами себя, что происходящее с их ребенком вполне обыденно, нередко происходит и с другими детьми и не требует вмешательства врача и других специалистов.

**Таблица № 3**

**Синдромы восстановительного периода**

<b>Синдром</b>	<b>Основные клинические симптомы</b>
Церебро-астенический	эмоциональная нестабильность, повышенная двигательная активность, усиление безусловных рефлексов, тремор, спонтанная дрожь, нарушения сна, его и глубины продолжительности
Вегетативно-висцеральный синдром	сосудистые пятна, синюшность кожи и слизистых оболочек, «мраморность» кожи, нарушение терморегуляции, дисфункции ЖКТ, сердечно-сосудистой и дыхательной системы
Синдром двигательных нарушений	повышение или снижение двигательной активности и тонуса мышц, парезы, патологическая двигательная активность, судорожный синдром
Гидроцефальный синдром	кроме симптомов наружной гидроцефалии могут наблюдаться косоглазие, неконтролируемые колебательные движения глазных яблок высокой частоты
Судорожный синдром	непроизвольные вздрагивания, одномоментные напряжения мышц, приступы жевательных и глотательных движений, вскрикивания, эпизодические кратковременные остановки дыхания
Синдром задержки психомоторного развития	задержка развития двигательных функций (удерживание головы, возможность ползать, стоять, ходить) и/или психических функций (слабая мимика и эмоции, сложности с восприятием окружающей обстановки)
Астеноневротический синдром	раздражительность, капризы, эгоцентризм, негативизм, беспричинный плач, нарушение сна, ускоренная речь с наличием прерывистости
Задержка темпов психофизического развития	задержка развития двигательных функций, снижение темпов развития речи

Стоит отметить и предвзятое отношение к врачам, особенно определенных специальностей, которое до сих пор существует в нашем обществе. По представлению многих обывателей, психиатры и неврологи могут не только поставить ребенку диагноз, способный испортить ему всю оставшуюся жизнь, но и назначить такое медикаментозное лечение, которое подорвет его и так слабое физическое и психическое здоровье. Зачастую такое видение проблемы молодым родителям навязывает старшее поколение, часто опираясь на свой или чужой опыт тридцатилетней и более давности.

### ***Восстановление после повреждения ЦНС***

Насколько серьезно патологическое воздействие на ЦНС в период внутриутробного развития и младенчества скажется на здоровье человека, зависит, в первую очередь, от тяжести этого воздействия и места локализации поражения.

«Биологическая программа развития мозга реализуется всегда в конкретной окружающей среде, которая может способствовать ее развитию» [1, С. 16]. Однако мозг располагает также и значительными компенсаторными возможностями. Благодаря этому, уже к 3 годам (возраст окончания основного формирования I функционального блока мозга), у многих детей наступает компенсация (полная или частичная).

Конец дошкольного – начало школьного периода – критическое время для всех детей, особенно для тех, кто имеет в анамнезе перинатальную патологию. В данном возрастном периоде ярко проявляются все недостаточно компенсированные психофизиологические особенности. Нередко может наблюдаться явление декомпенсации, в связи с возросшими психическими, умственными и физическими нагрузками. Ранее компенсированные пластичностью детского мозга перинатальные поражения ЦНС снова начинают проявлять себя. Ребенок испытывает трудности в подготовке к школьному обучению (проблемы с овладением определенными умениями и навыками, либо более низкие, по сравнению со сверстниками, темпы овладения ими), а также трудности в освоении школьной программы или отдельных ее частей. Такие дети приходят к нейропсихологу на консультацию только в 6-8 лет, а иногда и позже.

По причине частичной компенсации во время диагностики часто к 7-8 годам не наблюдаются ярко выраженные симптомы, результаты диагностики бывают мозаичные, и выявляют лишь единичные ошибки. В связи с этим для выработки тактики коррекционного воздействия становится актуальным сбор анамнеза для выявления возможных причин данных нарушений, что даст основание для воздействия на те структуры, дисфункция которых ярко не выражена на момент обследования.

**Цель исследования.** Обнаружение взаимосвязи между единичными ошибками, указывающими на недостаточное функционирование I блока мозга и симптомами гипоксически-ишемического перинатального поражения ЦНС в анамнезе.

**Материалы и методы.** Диагностика детей проходила на базе ГБОУ Школа №329 г. Москвы (2014-2017 гг.). В исследовании принимали участие дети в возрасте от 6 до 10 лет. Диагностика проводилась стандартными нейропсихологическими пробами, показывающими функциональное состояние I блока мозга: проба на реципрокную координацию, проба «Забор», таблицы Шульте (для детей от 8 лет), корректурная проба (для детей до 8 лет), наблюдение за ребенком во время обследования (явления утомления, двигательной расторможенности), анкетирование родителей и учителей.

При анализе выполненных проб использовалась предложенный Ж.М. Глоzman качественный анализ результатов и количественные показатели выполненных проб [2].

В исследовании приняли участие 217 школьников, учащиеся 1-4 классов (среди них 104 мальчика и 113 девочек).

Анкеты для родителей содержали вопросы о поздних сроках беременности, родах, первых трех годах жизни ребенка.

Анкеты для учителей содержали вопросы о поведении в урочное и внеурочное время и успеваемости.

### **Результаты и обсуждение**

По итогам нейропсихологического обследования было выделено 3 группы детей:

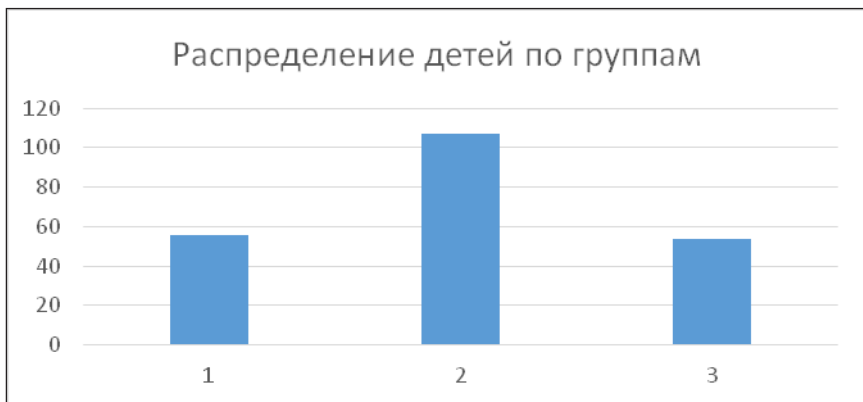
1) в первую группу попали дети, у которых по итогам диагностики нейродинамические показатели психической деятельности соответствуют возрасту, суммарный бал по всем пробам не превышает 0,4;

2) дети, у которых нейродинамические показатели психической деятельности при количественной бальной оценке выполнения нейропсихологических проб не превышали 1 балла (что соответствует нестойким, единичным ошибкам при применении качественного анализа выполняемых проб);

3) в третью группу вошли дети со сниженными нейродинамическими показателями психической деятельности (суммарный бал по всем пробам выше 1,5).

В первой группе было 56 детей, во второй – 107, в третьей – 54 (см. Рис. 1).

По итогам анкетирования родителей у 14 детей (25%) из первой группы в первые 3 года жизни наблюдались единичные симптомы синдромов восстановительного периода. Клинические синдромы первых месяцев жизни ни у кого из детей данной группы отмечены не были.



**Рисунок № 1 – Количественное распределение детей по группам**

У детей из второй группы симптомы были отмечены чаще (87 детей, что составило 81%). У 57 детей симптомы были не единичными. В 45 случаях данные симптомы входили в один синдром восстановительного периода. У 16 детей родители отмечали симптомы первых месяцев.

У 52 (96%) детей из третьей группы наблюдались многочисленные симптомы восстановительного периода, а также первых месяцев жизни.

Сравнительный анализ результатов анкетирования учителей и родителей показал, что только у 2 детей, входящих в первую группу, наблюдались незначительные трудности в обучении в виде нестабильности результатов. И у них же наблюдались симптомы перинатального поражения ЦНС.

У детей, входящих во вторую группу, трудности в обучении встречались гораздо чаще. 87 детей испытывали трудности в обучении (у 12 из них наблюдались стойкие трудности по одному предмету и у 7 детей по двум или более предметам). У 67 детей учителя отмечали повышенную возбудимость (по сравнению с одноклассниками).

У всех детей, входящих в третью группу, наблюдались трудности в обучении. У 34 – стойкие трудности минимум по одному предмету. Также у всех детей данной группы наблюдались поведенческие особенности. 49 детей были отмечены учителями как эмоционально и двигателью более расторможенные, в сравнении с одноклассниками, 5 детей наоборот, были охарактеризованы, как самые медлительные в классе.

При сравнении результатов выполнения нейропсихологических проб с анамнестическими данными (наличие 2 и более симптомов перинатального поражения ЦНС) с помощью коэффициента корреляции Пирсона (для выявления линейной связи), были получены следующие результаты: значение коэффициента корреляции дает основание делать выводы о наличии прямой связи между допущенными ошибками и симптомами поражения ЦНС.

Таким образом, данные нейropsychологической диагностики, указывающие на дисфункцию в работе I функционального блока мозга, несмотря на то, что ошибки детьми допускались единичные, в сумме по пробам не превышали 1 балла (по методике оценки Ж.М. Глозман), можно считать диагностически значимыми, если они подтверждаются имеющимися в анамнезе симптомами гипоксически-ишемического поражения ЦНС. Следовательно, можно предположить, что перинатальное поражение ЦНС было, и наблюдаются остаточные, «смазанные» симптомы.

Исходя из всего вышесказанного, наиболее правильной тактикой нейropsychологического коррекционного воздействия на первых этапах работы для детей, у которых в анамнезе можно заподозрить гипоксически-ишемическое перинатальное поражение ЦНС, будет именно работа, направленная на I функциональный блок мозга.

### **Выводы**

Наблюдается корреляция между незначительными ошибками в нейropsychологических пробах, направленных на оценку нейродинамических показателей психической деятельности у детей 6-10 лет и наличием симптомов гипоксически-ишемического перинатального поражения ЦНС в возрасте до трех лет.

Выбор тактики нейropsychологической коррекции детей необходимо производить не только на основании полученных в ходе обследования результатов, но и с учетом тщательно собранного анамнеза.

Результаты современных исследований в области неонатологии и неврологии можно активно использовать при построении нейropsychологического профиля, особенно у детей с неярко выраженными симптомами.

### **Литература**

1. Астапов В.М. Коррекционная педагогика с основами нейро- и патопсихологии. – М.: Юрайт, 2023. – 161с.
2. Глозман Ж.М. Нейropsychологическое обследование: качественная и количественная оценка данных. – М.: 2019. – 263с.
3. Микадзе Ю.В. Нейropsychология детского возраста. – М.: ООО «Питер-Пресс», 2008. – 288с.
4. Неонатология: реабилитация при патологии ЦНС. Под. ред. Н.Г. Коноваловой. – М.: Юрайт, 2023. – 210с.
5. Пальчик А.Б, Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 288с.
6. Пальчик А.Б. Лекции по неврологии развития. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 368с.

7. Петрухин А.С. Детская неврология в 2 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 560с.
8. Хачатрян Л.Г. Диагностические маркеры тяжести перинатального поражения нервной системы у детей // Эффективная фармакотерапия. 2012. № 17. – 20-23с.

**Трофимова Наталья Борисовна**

## **РОЛЬ НАЦИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ НЕЙРОПСИХОЛОГОВ В РАЗРАБОТКЕ СТАНДАРТОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧАСТНО ПРАКТИКУЮЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ**

**Аннотация.** В данной статье дается основное представление о созданной в настоящее время в России, в Москве, Национальной ассоциации нейропсихологов (НАН), о ее основных предназначениях, видах и формах деятельности в сложившейся на современном этапе непростой научно-методологической и методико-технологической теоретической и практической обстановке в области нейропсихологии в целом и детской нейропсихологии в частности.

**Ключевые слова:** национальная ассоциация нейропсихологов, НАН, разработка, стандарт, профессиональный стандарт, профстандарт, деятельность, нейропсихология, детская нейропсихология, специалист, наука, методология, методика, технология, практика.

### ***Краткая история возникновения нейропсихологии***

Как известно, нейропсихология в нашей стране развивалась не только как теоретическая дисциплина, исследующая проблему соотношения мозга и психики с позиций культурно-исторического подхода, но и как практическая отрасль клинической психологии. Изначально нейропсихологи разрабатывали методы диагностики и восстановления нарушенных высших психических функций при локальных поражениях головного мозга.

К детскому возрасту нейропсихологи обратились в связи с проблемой школьной неуспеваемости. С 60-х годов прошлого века началось обсуждение применения методов нейропсихологии для детей школьного возраста.

В дальнейшем интерес к детскому возрасту перешел в русло «классической» клинической нейропсихологии – исследованию нарушения психических процессов при поражениях различных областей головного мозга. Прежде всего, это исследования Симерницкой Эсфирь Георгиевны.

Нейропсихологи, занимающиеся проблемами детского возраста, тогда представляли собой небольшую группу специалистов. Результаты их исследований не внедрялись широко в практику.

Ситуация изменилась в 1990-е годы прошедшего века. Увеличение количества детей с различными отклонениями в развитии, социальный запрос со стороны их родителей, появление возможности частной практики и другие социально-экономические факторы привели к разработке методов нейропсихологической диагностической и коррекционной помощи детям и подросткам.

В качестве примера здесь представлены данные официальной статистики о том, как изменялось и продолжает изменяться количество детей с инвалидностью. И это – данные только об официально зарегистрированных детях, и только о детях с тяжелыми заболеваниями.

В конце 1990-х – начале 2000-х годов появились методы нейропсихологической коррекции детей, показавшие высокую эффективность для преодоления различных отклонений в развитии психоречевого развития ребенка.

Самые распространенные из этих методов – метод замещающего онтогенеза А.В. Семенович, сенсомоторная коррекция Т.Г. Горячевой и А.С. Султановой, «Школа внимания» Т.В. Ахутиной и Н.М. Пылаевой.

Для обучения данным методикам, а также методам нейропсихологической диагностики детей не нужно было иметь базового клинико-психологического образования. В итоге многие слушатели различных специальностей, не имеющих отношения к специальной или клинической психологии, посетив, например, трехдневные курсы по замещающему онтогенезу, стали называть себя нейропсихологами, заниматься с детьми, в том числе с тяжелыми формами патологии.

Такая практика несет вред не только здоровью детей, но и репутации нейропсихологии как науки и практики всех специалистов, включая, конечно же, и частных практиков.

В связи с постоянным ростом количества нарушений онтогенеза у детей, растет потребность в квалифицированных кадрах в области нейрореабилитации.

На сегодняшний день отсутствует профессиональный стандарт и какое-либо регулирование деятельности нейропсихологов. В Центрах нейропсихологии решение о приеме на работу ложится на плечи работодателя, который зачастую не может должным образом оценить уровень подготовки специалиста, называющего себя нейропсихологом. Деятельность частнопрактикующих специалистов не регламентируется вообще, и родителю, по сути, остается идти на огромные риски, доверяя здоровье своего ребенка тому нейропсихологу, к которому он обратился.

Рассматриваемая проблема обсуждается в профессиональном сообществе. Например, этот вопрос был поставлен в 2020 году на конференции клинических психологов «Зейгарниковские чтения». Но, к сожалению,

практических научно-методологических и методико-технологических шагов предпринято не было.

В этом, 2023-м, году в России, в Москве, было создано профессиональное сообщество – Национальная Ассоциация Нейропсихологов (НАН), которое поможет поддержать специалистов в области детской нейропсихологии, сможет организовать дополнительную подготовку, повышение квалификации (в том числе – в небольших населенных пунктах), предоставит возможность обмена опытом и новыми методиками между специалистами. Мы надеемся, что эта профессиональная Ассоциация внесет большой вклад в развитие нейропсихологии как науки и практической области в нашей стране.

### **Основное содержание статьи**

Далее, с целью информирования профессиональной общественности и общества в целом о видах и формах деятельности НАН, приведем некоторые выдержки из Устава нашей Национальной ассоциации нейропсихологов.

#### ***Определённые выдержки из общих положений Устава НАН***

Полное наименование Ассоциации на русском языке: Национальная ассоциация нейропсихологов.

Место нахождения Ассоциации: Российская Федерация, город Москва.

Национальная ассоциация нейропсихологов (далее – Ассоциация) является добровольным, основанным на членстве объединением граждан, разделяющих цели и принципы деятельности Ассоциации, созданная для представления и защиты общих, в том числе профессиональных, интересов, для достижения общественно полезных целей, а также иных не противоречащих закону и имеющих некоммерческий характер целей.

Ассоциация осуществляет свою деятельность в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным законом «О некоммерческих организациях» и настоящим Уставом.

#### ***Некоторые выдержки из определений целей, предмета и видов деятельности в Уставе НАН***

Ассоциация создана в целях представления и защиты общих, в том числе профессиональных, интересов членов Ассоциации, координации их деятельности и обеспечения соответствия квалификации Членов Ассоциации и их профессиональной деятельности принятым Ассоциацией правилам и стандартам.

Предметом и видами деятельности Ассоциации являются следующие аспекты.

Представление и защита прав и законных интересов Членов Ассоциации.

Содействие развитию системы квалифицированной нейропсихологической помощи населению.

Совершенствование существующих форм профессиональной подготовки и переподготовки в области нейропсихологии.

Независимый анализ действующих нормативно-правовых актов Российской Федерации, регулирующих профессиональную деятельность в рамках предметной области нейропсихологии, и консультативная помощь федеральным и региональным органам государственной власти, органам местного самоуправления на этапе их разработки.

Повышение социального престижа профессии нейропсихолога путем информирования населения о современных достижениях нейропсихологии на основе взаимодействия с федеральными и региональными органами государственной власти, органами местного самоуправления и их должностными лицами, общественными объединениями, средствами массовой информации и иными учреждениями, организациями и физическими лицами.

Развитие науки в области нейропсихологии.

Квалифицированная оценка планируемых и проводимых исследований, печатной продукции, относящихся к предметной области нейропсихологии, на предмет практической значимости, теоретической обоснованности и соответствия нормам профессиональной этики.

Развитие сотрудничества в области нейропсихологии, в том числе международного.

Разработка системы добровольной общественной профессиональной сертификации в области нейропсихологии в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, организация и проведение проверочных испытаний специалистов по теории и практике нейропсихологии.

Разработка и пропаганда норм профессиональной этики в области оказания нейропсихологической помощи и решение вопросов, связанных с нарушением этих норм.

Информирование сообществ, учреждений, организаций и специалистов, осуществляющих свою профессиональную деятельность в области нейропсихологии, о событиях и проблемах в этой области науки и практики.

Сбор актуальной информации о текущем состоянии нейропсихологии в Российской Федерации, ее анализ и внесение предложений в федеральные и региональные органы государственной власти, органы местного самоуправления по вопросам подготовки и повышения квалификации кадров, стандартизации, сертификации работ (услуг) и специалистов в области нейропсихологии.

## Литература

1. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Школа внимания. Методика развития и коррекции внимания у дошкольников Т.В. Ахутина, Н.М. Пылаева. – 2-е изд. – М.: Изд-во В. Секачев, 2019. – 37с.

2. Горячева Т.Г. Программа групповой работы с детьми при проведении сенсомоторной коррекции // Психолог в детском саду. – М., 2006, №3. – 37-51с.
3. Горячева Т.Г., Султанова А.С. Сенсомоторная коррекция при нарушениях психического развития в детском возрасте. – Москва, 1999. – 160с.
4. Горячева Т.Г., Султанова А.С. Сенсомоторная коррекция при психосоматических расстройствах в детском возрасте // Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков. Под ред. Ю.С. Шевченко. – СПб., 2003. – 465-490с.
5. Горячева Т.Г., Султанова А.С. Сенсомоторная коррекция при различных отклонениях психического развития // Неврологический вестник имени В.М. Бехтерева. – Казань, 2007, Т. XL, Вып.3. – 56-69с.
6. Зейгарник Б.В. Патопсихология: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Б.В. Зейгарник. – 2-е изд., стереотип. – М.: Издательский центр Академия, 2003. – 208с.
7. Луковцева З.В. Методология и методика коррекционно-реабилитационной работы нейропсихолога: ПРАКТИКУМ / З.В. Луковцева, Л.В. Сенкевич. – Москва: Московский институт психоанализа, 2017. – 72с.
8. Луковцева З.В. Методология и методика коррекционно-реабилитационной работы нейропсихолога: Учебно-методическое пособие / З.В. Луковцева, Л.В. Сенкевич, Д.А. Донцов. – Москва: Негосударственное образовательное частное учреждение высшего образования «Московский институт психоанализа», 2017. – 160с.
9. Российская психолингвистика: итоги и перспективы (1966 – 2021). Абакумова О.В., Ахутина Т.В., Базылев В.Н., Барина И.А., Белянин В.П. и др. Коллективная монография. – Москва: Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Институт языковедения Российской академии наук». – 626с.
10. Семенович А.В. Метод замещающего онтогенеза. Сборник нейропсихологических программ [Текст] / А.В. Семенович. – Казань: Центр социально-гуманитарного образования, 2016. – 143с.
11. Симерницкая Э.Г. Доминантность полушарий [Текст] = Cerebral dominance / Э.Г. Симерницкая. Под ред. А.Р. Лурия. – Москва: Изд-во МГУ, 1978. – 95с. (Нейропсихологические исследования; Вып. 10).
12. Устав Национальной Ассоциации Нейропсихологов. – Москва: «НАН», 2023. – 17с.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БОС-ТЕРАПИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХОТРАВМ

**Аннотация.** Статья описывает международный опыт использования метода биологической обратной связи (БОС-терапии) как дополнительного психофизиологического воздействия при работе с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Подробно представлены основные протоколы, применяемые в рамках этой проблемы. Обсуждаются нейробиологические и нейрофизиологические механизмы, позволяющие интегрировать метод БОС в классические психотерапевтические и медикаментозные схемы коррекции и добиться снижения негативных симптомов даже при устойчивых к терапии формах ПТСР.

**Ключевые слова:** посттравматическое стрессовое расстройство, ПТСР, психологическая травма, психофизиология травмы, БОС-терапия, нейрофидбэк, биологическая обратная связь, снижение стресса.

**Постановка проблемы.** Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) является одним из наиболее тяжелых и распространенных негативных психических состояний. По разным данным от 6 до 8% населения мира в какой-то момент своей жизни испытывают симптомы посттравматического стресса [7; 8].

Раньше посттравматическое стрессовое расстройство ассоциировалось в основном с ветеранами войн и беженцами, но теперь мы знаем, что посттравматическое стрессовое расстройство может возникнуть как результат экстремального, выходящего за рамки естественного жизненного опыта у любого человека. Причем вызвать столь глубокое расстройство психики может как лично пережитая травма, так и наблюдения за событиями, которые переживают другие.

Переживание травмирующего события, как правило, приводит к неблагоприятным последствиям в социальном поведении человека, негативным эмоциональным и психофизиологическим реакциям, аффективным расстройствам, чрезмерному нервному возбуждению, нарушениям сна, фобиям, и пр. [2; 3].

Существуют различные терапевтические подходы к коррекции посттравматического стрессового расстройства и других связанных с ним симптомов психологической травмы, среди которых когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), десенсибилизация и переработка движениями глаз (ДПДГ), методы телесно-ориентированной терапии, а также большой набор медикаментозных схем лечения [4; 5]. Однако имеющиеся данные

показывают, что около 30-50% людей с ПТСР не реагируют на современные научно обоснованные психологические и фармакологические вмешательства, а в некоторых подгруппах (например, пациенты, подвергшиеся воздействию боевых действий) наблюдаются еще более высокие показатели резистентности [4].

Поэтому крайне важно наряду с классическими психотерапевтическими и медикаментозными стратегиями борьбы с психотравмами внедрять дополнительные психофизиологические методы, которые объединяют в себе психологическое и физиологическое воздействие на человека и целостно перестраивают работу организма и психики. Активное использование полученных в ходе современных нейробиологических исследований данных потенциально может дополнить и усилить существующие методы лечения, тем самым повышая эффективность коррекции ПТСР и снижая резистентность к лечению [6; 9]. Одним из таких методов является терапия биологической обратной связью по электроэнцефалограмме (ЭЭГ-БОС) или нейрофидбэк-терапия.

**Цель исследования:** обобщить международный опыт использования метода БОС-терапии при коррекции и профилактике ПТСР.

### **Изложение основного материала исследования в развёрнутой форме**

Нейрофидбэк-терапия представляет собой форму терапевтического тренинга на специальном оборудовании с биологической обратной связью. ЭЭГ-датчики, прикрепленные к поверхности головы, в реальном времени передают тренирующемуся человеку информацию о его нейронной активности, что позволяет в процессе повторяющихся занятий обучиться произвольно регулировать работу мозга.

В процессе нейрофидбэк терапии человек получает аудио- и/или визуальную обратную связь, когда его мозг производит необходимые диапазоны ЭЭГ-ритмов [10] и оповещается, если условие тренировки не соблюдены. Так, например, спокойное расслабленное состояние связано с преобладанием ритмов альфа-диапазона (8-13 Гц), если именно этот ритм датчики аппарата с БОС фиксируют во время тренировки, то человек слышит приятную музыкальную композицию. Если же проявляется высокий уровень мозговой активации в диапазоне 22-36 Гц, что часто связывают с эмоциональным напряжением, беспокойством и страхом, или же появляется сонливое, отстраненное состояние, связанное с появлением медленного ритма в тета-диапазоне (4-7 Гц), то музыка затихает и сигнализирует о том, что необходимо отрегулировать свое состояние.

ЭЭГ-БОС направлена на использование присущей мозгу нейропластичности, позволяя ему переобучаться для более оптимального функционирования. Это особенно полезно для людей с посттравматическим стрес-

совым расстройством, которые испытывают высокий уровень тревоги, нарушения регуляции или диссоциации и могут быть невосприимчивы к другим вариантам лечения или не получают от них пользы [10]. Благодаря обучению с БОС нуждающиеся люди улучшают саморегуляцию и, в частности, регулирование эмоционального возбуждения [6; 12]. Так в процессе занятий постепенно улучшается функционирование пораженных травматическим опытом участков мозга, нормализуются утраченные нейронные связи, улучшается здоровье, работоспособность и психофизиологическое состояние, что, как правило, происходит в сочетании с изменениями в мыслях, эмоциях и поведении [6].

Сообщения о нейрофидбэк-терапии, как эффективном лечении посттравматического стрессового расстройства, восходят к оригинальному исследованию Пенистона и Калкоски [11] по альфа-тета-нейроуправлению для ветеранов Вьетнама. Пилотное исследование нейрофидбэк при хроническом посттравматическом стрессовом расстройстве, проведенное Garen et al. [6], показали многообещающие результаты: последующее рандомизированное исследование, контролируемое списком ожидания, также продемонстрировало статистически надежные результаты [12].

Далее в статье приведено описание основных видов протоколов БОС-терапии, которые статистически доказали свою эффективность в работе с ПТСР.

**1. Нейрофидбэк-протокол для коррекции хронического ПТСР (Van Der Kolk, 2016).**

В основе протокола лежит тренировка активности мозга с БОС при которой контролируются одновременно три параметра. Необходимо уменьшать медленную активность в диапазоне 2-6 Гц (сонливость) и очень быструю активность в диапазоне 22-36 Гц (высокий уровень умственной активации с одновременным увеличением альфа активности 10-13 Гц (спокойное, расслабленное состояние) в зоне правой височно-теменной области (F4-P4 по международной системе расстановки ЭЭГ-электродов 10/20). Всего курс содержит 24 занятия с частотой 2 раза в неделю и продолжительностью около 30 минут каждое. Результат – повышение способности к саморегуляции эмоций и аффективных проявлений, стабилизации общего состояния и нервных процессов, снижение психоэмоционального напряжения и уменьшение проявлений и выраженности других симптомов ПТСР [12].

**2. Нейрофидбэк-протокол для коррекции хронического ПТСР (Peniston & Kulkosky, 1991).**

Это разновидность релаксационного протокола, где одновременно контролируется два параметра ЭЭГ. Альфа-ритм (8-13 Гц) и Тета-ритм (5-7 Гц). Во время тренинга человек находится в состоянии релаксации с закры-

тыми глазами и получает звуковые сигналы обратной связи об изменении этих ритмов. Основная задача поддерживать звучание музыки, что соответствует высокому индексу альфа-ритма (спокойное, расслабленное состояние). Electroды размещаются в центральной затылочной области (Oz-F1) по международной системе расстановки ЭЭГ-электродов 10/20. В процессе тренировки состояние расслабления усиливается, и на смену альфа-ритму приходит тета-активность, достигается так называемое состояние «кроссовера» (crossover), что, согласно Пенистону, соответствует гипнагогическому состоянию свободных ассоциаций и высокой внушаемости. Нахождение некоторое время в тета-состоянии способствует безопасной переработке травматического опыта и замене неадаптивных паттернов эмоционального реагирования на более адаптивные. Курс предполагает от 25 до 30 занятий, 5 раз в неделю, продолжительностью 30 минут. Использование данного протокола не раз подвергалось воспроизведению на разных выборках. Результаты сообщают о положительных эффектах, снижении общего психоэмоционального напряжения, повышении комплементарности к другим видам терапии, установки более доверительного психотерапевтического контакта с помогающими специалистами, улучшению сна, и пр. [11].

### **Основные выводы**

Эффективность нейрофидбэк-терапии в уменьшении симптомов посттравматического стрессового расстройства предполагает, что этот вид терапии можно считать жизнеспособным вариантом коррекции наряду с существующими вмешательствами. Специалисты, работающие с травматическим опытом, могут рассмотреть возможность включения нейрофидбэк-терапии в начале психотерапевтических мероприятий, чтобы уменьшить и стабилизировать возбуждение нервной системы.

Интеграция БОС-терапии с другими методами может привести к более целостному и индивидуализированному подходу к коррекции посттравматического стрессового расстройства, направленному как на психологические, так и на нейрофизиологические нарушения регуляции, связанные с последствиями травмы. Это особенно перспективно для людей с хроническим и сложным посттравматическим стрессовым расстройством, у которых может наблюдаться ограниченный ответ на лечение традиционными методами лечения.

### **Литература**

1. Васильева А.В. и др. Основные подходы к диагностике и терапии посттравматического стрессового расстройства // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2022. – Т. 56. – № 4. – 107-111с.

2. Кадыров Р.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD). 2-е изд., пер. и доп. Учебник и практикум для вузов. – М.: Litres, 2022.
3. Тарабрина Н.В. Посттравматический стресс и картина травматических событий в разные периоды взрослости // Психологический журнал. 2016. – Т. 37. – № 6. – 94-108с.
4. Bradley R. et al. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD // American journal of Psychiatry. 2005. – Т. 162. – № 2. – P. 214-227.
5. Brinker M. et al. Severity of combat-related posttraumatic stress disorder versus noncombat-related posttraumatic stress disorder: a community-based study in American Indian and Hispanic veterans // The Journal of nervous and mental disease. 2007. – Т. 195. – № 8. – P. 655-661.
6. Gafen M. et al. A pilot study of neurofeedback for chronic PTSD // Applied psychophysiology and biofeedback. 2016. – Т. 41. – P. 251-261.
7. Kessler R. C. et al. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States // International journal of methods in psychiatric research. 2012. – Т. 21. – № 3. – P. 169-184.
8. Kilpatrick D. G. et al. National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria // Journal of traumatic stress. 2013. – Т. 26. – № 5. – P. 537-547.
9. Marzbani H., Marateb H. R., Mansourian M. Neurofeedback: a comprehensive review on system design, methodology and clinical applications // Basic and clinical neuroscience. 2016. – Т. 7. – № 2. – P. 143.
10. Nicholson A.A. et al. A randomized, controlled trial of alpha-rhythm EEG neurofeedback in posttraumatic stress disorder: A preliminary investigation showing evidence of decreased PTSD symptoms and restored default mode and salience network connectivity using fMRI // NeuroImage: Clinical. 2020. – Т. 28. – P. 102-123.
11. Peniston E.G., & Kulkosky P.J. (1991). Alpha-theta brainwave neurofeedback for Vietnam Veterans with combat post-traumatic stress disorder. Medical Psychotherapy, 4. – P. 47-60.
12. Van Der Kolk B.A. et al. A randomized controlled study of neurofeedback for chronic PTSD // PloS one. 2016. – Т. 11. – № 12.

## СЕКЦИЯ 5.

### **Программы поддержки и реабилитации физического, психического, психологического и социального здоровья населения в современных условиях**

*(Секция подготовлена и проведена при организационно-методической поддержке экспертов Союза «Здоровье Здоровых», Профессионального сообщества практик превентивной медицины Агентства стратегических инициатив и Международного клуба лидеров индустрии и культуры ЗОЖ)*

*Руководитель секции: Чудаков Сергей Юрьевич, кандидат медицинских наук, федеральный координатор сообщества практик превентивной медицины АНО «Агентство стратегических инициатив по продвижению новых проектов».*

**Макарова Татьяна Юрьевна**

### **КОРПОРАТИВНЫЕ ПРОГРАММЫ ПО СОХРАНЕНИЮ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ РАБОТНИКОВ КАК НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ПРОДУКТИВНОСТИ ИХ ТРУДА**

**Аннотация.** В статье представлено обоснование необходимости реализации корпоративных программ по сохранению психоэмоционального благополучия работников. Особенно в таких программах нуждаются наиболее уязвимые работники предприятий. Сегодня российская промышленность нуждается в высококвалифицированных специалистах, стоит ориентир на технологический суверенитет и импортозамещение, что требует высокой эффективности деятельности предприятий. Реализация корпоративных программ позволит поддержать благоприятный психоэмоциональный фон и повысить работоспособность работников, в том числе имеющих нарушения здоровья. Статья подготовлена в рамках проекта, включенного в план научных работ научных организаций и образовательных организаций высшего образования, осуществляющих научные исследования за счет средств федерального бюджета на 2023-2025 годы, «Формирование мотивации у обучающихся с инвалидностью и ОВЗ к освоению профессии «технолог» в системе высшего образования».

**Ключевые слова:** психоэмоциональное благополучие, психологическая поддержка работников предприятий, корпоративные программы по сохранению психоэмоционального благополучия.

**Постановка проблемы.** Важной составляющей здоровья человека выступает психоэмоциональное благополучие. Современная ситуация, тех-

нический прогресс, политико-экономические и другие факторы оказывают влияние на психологическое здоровье человека и приводят к эмоциональному истощению. Многочисленные исследования ни один раз доказали, что эмоциональное выгорание негативно сказывается на всех сферах жизни человека, в том числе способствует снижению его работоспособности. Работник, находящийся в данном состоянии, не может качественно работать и в полном объеме выполнять свой функционал, что может повлиять на эффективность работы как отдельного участка производства, так и предприятия в целом. Опыт наиболее развитых стран свидетельствует о том, что успешными, как правило, являются те организации, которые создают необходимые условия для сохранения здоровья и психоэмоционального благополучия своих работников, и это позволяет им сохранять квалифицированную, мотивированную и активную рабочую силу.

**Целью статьи** является анализ и обоснование необходимости реализации корпоративных программ по сохранению психоэмоционального благополучия работников как необходимого условия продуктивности их труда, разработка направлений снижения рисков возникновения психоэмоционального неблагополучия у разных категорий работников, в том числе у работников с инвалидностью.

**Основная часть.** Как показывают исследования, выгоранию подвержены больше те специалисты, которые занимаются тяжелым трудом, имеют ненормированный график работы, находятся в состоянии постоянных цейтнотов. Так, например, специфика деятельности на предприятиях промышленности несет свои риски эмоционального выгорания для работника: сложность и опасность рабочего задания, необходимость постоянного контроля над процессом деятельности и соблюдения правил техники безопасности, потребность в анализе информации и принятии самостоятельных решений в самом процессе деятельности, необходимость оперативного реагирования на изменения, дефицит времени, сложные или плохие физические условия труда (отклонение в температуре помещения, плохое освещение или чрезмерный шум и др.).

Исследования<sup>1</sup> показывают, что руководители и ответственные менеджеры предприятий (независимо от сферы деятельности) понимают важность сохранения эмоционального благополучия работников. Так, 99,4% указали, что эмоциональное благополучие влияет на результаты труда работников. 71,68% отметили, что эмоциональное неблагополучие является

---

<sup>1</sup> Опрос проведён Экспертно-аналитическим центром по проблемам инклюзии (созданным на базе РУДН) в декабре 2021 года. В исследовании приняли участие 837 респондентов из числа руководителей и специалистов, деятельность которых связана с анализом работоспособности и эффективности работников на предприятии, оценкой условий предприятий промышленности, учреждений здравоохранения и социальной сферы, образовательных организаций.

причиной увольнения ценных работников. По мнению респондентов, наибольшее количество проблем эмоционального здоровья (78,34%) отмечается у руководителей среднего звена и работников, отвечающих за важные производственные участки, меньше у исполнителей, выполняющих определенный механический функционал (у последних это больше связано с личностными и семейными проблемами, лежащими вне их трудовой деятельности).

Состояние эмоционального неблагополучия у работников руководители определяют по:

- замкнутости в общении (52,8%);
- подавленному состоянию (77,8%);
- низкой производительности труда сотрудника, несмотря на его высокий компетентностный потенциал (78,1%);
- немотивированной агрессии и раздражительности (83,3%);
- всему вышеперечисленному (0,1%).

Основными причинами негативного фона у работников руководители предприятий считают:

- конфликты на работе – 63% респондентов;
- проблемы профессиональной реализации – 54,6%;
- повышенные нагрузки – 72,4%;
- семейные проблемы – 79,5%;
- личностные особенности – 56,9%;
- все вышеперечисленное – 1%.

Лишь треть (32,4%) респондентов указали, что в организации проводится дополнительная работа в части профилактики эмоционального выгорания с особыми категориями работников, охрана труда которых закреплена законодательством Российской Федерации (лица с инвалидностью, беременные женщины, женщины с маленькими детьми, работники предпенсионного возраста, работающие пенсионеры). Из тех предприятий, в которых ведется такая работа: лица с инвалидностью охвачены в 90% случаях, с беременными в части профилактики эмоционального неблагополучия работает 10% работодателей, с женщинами с маленькими детьми – 30%, с работниками предпенсионного возраста – 30%, с работающими пенсионерами – 70%.

37,6% респондентов отметили, что в настоящий момент в их организации есть работники с неблагоприятным эмоциональным фоном. Работодатели сообщили, что такие специалисты работают в полсилы, не всегда соблюдают регламенты, они безынициативны, при любой возможности стараются отлынивать от работы. Работники, у которых фиксируются признаки эмоционального выгорания, часто берут больничные. С ними сложно работать в команде. Как правило, они себя не причисляют к такой команде, не несут ответственность за общие результаты деятельности.

Опрос работников с инвалидностью показывает, что среди основных причин, которые способствуют эмоциональному неблагополучию, преобладают:

- повышенные нагрузки – 46,3%;
- проблемы профессиональной реализации (отсутствие карьерного роста, отсутствие возможности дальнейшего профессионального развития, профессиональные ошибки, неумение ставить адекватные цели и достигать их, и др.) – 39,3%;
- конфликты на работе – 33,9%;
- семейные проблемы – 24,2%;
- личностные особенности – 22,1%;
- другое – 30%.

Среди основных мер поддержки, которые будут способствовать профилактике их эмоционального неблагополучия, работники с инвалидностью выделили:

- сокращение рабочего времени и дозированная рабочая нагрузка – 68,8%;
- организация деятельности ассистентов-помощников по оказанию технической помощи – 18,5%;
- закрепление наставников – 13,6%;
- помощь волонтеров – 9,7%;
- помощь трудовых тьюторов – 4,9%;
- другие – 5,9%.

Работники с инвалидностью предприятий промышленности указали, что отсутствие условий, в том числе включающих доступность предприятий и мест работы, очень сильно влияют на общий психоэмоциональный фон и их мотивацию к осуществлению деятельности.

В рамках проекта «Формирование мотивации у обучающихся с инвалидностью и ОВЗ к освоению профессии «технолог» в системе высшего образования»<sup>1</sup> проведено исследование<sup>2</sup>, показавшее, что 23% студентов с инвалидностью поступили не в тот вуз, в который собирались. Среди причин они отметили: «дальность расположения вуза»; «неудобство при переезде»; «испугались конкурса и выбрали вуз попроще»; «не созданы условия в вузе, в который планировали поступать». Причины, связанные с состоянием здоровья, указали 45% отметивших, что поступили ни в тот вуз, в который хотели.

---

<sup>1</sup> Проект включён в план научных работ научных организаций и образовательных организаций высшего образования, осуществляющих научные исследования за счет средств федерального бюджета на 2023-2025гг., в рамках Государственного задания ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)».

<sup>2</sup> Исследование проводилось в сентябре-октябре 2023 года в форме онлайн-опроса с помощью разработанных гугл-форм. В исследовании приняло участие 1507 студентов из 89 вузов 47 субъектов Российской Федерации.

Студенты указали, что выбирали гуманитарные направления подготовки не потому, что им они нравятся, а потому, что так будет проще трудоустроиться (67% отметивших, что поступили в другой вуз). 21% студентов отметили, что не выбрали технические и технологические направления подготовки, поскольку не смогли бы предоставить медицинскую справку. Такая справка на некоторые направления подготовки в ряде вузов продолжает оставаться необходимой.

Большинство отметивших, что поступили в другой вуз, указали низкий интерес к процессу обучения. Это отметили 57% таких студентов.

В части оборудования учебных лабораторий, как указали участники исследования, только 12,42 % опрошенных отметили, что учебные лаборатории оборудованы необходимым, 47,06% считают, что не оборудованы, 40,52% не знают. Места прохождения практик, по мнению студентов, принявших участие в исследовании, оборудованы частично. Только 18,98 % опрошенных указали, что места прохождения практики имеют необходимое специализированное оборудование (51,84% указали, что не оборудованы, 29,18% отметили вариант ответа «не знаю»).

Как отметили участники исследования, отсутствие или недостаточность созданных условий затрудняет и сам выбор специальности, и настораживает по поводу их дальнейшего трудоустройства.

Из всех участников исследования 17% сомневаются, что смогут устроиться работать после окончания вуза. Среди ответа на вопрос: «Почему могут быть проблемы при трудоустройстве?» участники исследования отметили: «Не знаю, смогу ли работать по специальности»; «Не планирую работать по специальности»; «Работодатели с неохотой берут на работу инвалидов»; «Сложно найти работу, в том числе через центр занятости»; «Инвалидов по зрению неохотно принимают на работу»; «Человеку с инвалидностью по слуху сложно будет коммуницировать», «Преподаватели недостаточно объясняют сложные предметы».

Среди студентов с инвалидностью, обучающихся на технических направлениях подготовки, среди причин невозможности будущего трудоустройства участники исследования указали, что «большая часть вакансий рассчитана на длительные смены, в которые сложно будет работать», «были уже попытки трудоустроиться. Места, на которых не нужна физическая активность или работа с клиентами, не желают брать на работу инвалидов. Там, где нужна физическая активность, не могут работать».

Полученные исследования свидетельствуют о необходимости организации системной работы на предприятиях с учетом всех аспектов, которые влияют на психоэмоциональное здоровье работников. Этим обусловлена необходимость реализации корпоративных программ по сохранению пси-

хоэмоционального благополучия работников как необходимого условия продуктивности их труда.

Одной из главных целей корпоративных программ сохранения психоэмоционального здоровья является улучшение качества жизни работников и повышение их производительности. Здоровые и довольные сотрудники способны лучше справляться с задачами, более мотивированы и эффективны в своей работе. Поэтому предприятия, которые заботятся о психологическом благополучии своих сотрудников, имеют больше шансов на успех и развитие.

При реализации профилактических мероприятий для работников предприятий необходимо учитывать специфику их профессиональной деятельности, связанную со сложностью и опасностью рабочего задания; необходимостью постоянного контроля над процессом деятельности; необходимостью постоянного соблюдения правил техники безопасности; дефицитом времени; необходимостью анализа информации и принятия самостоятельных решений в самом процессе деятельности; плохими физическими условиями труда, например, отклонением в температуре помещения, плохим освещением или чрезмерным шумом и др.

В рамках таких программ рекомендуется проводить тренинги по управлению стрессом, психологической поддержке, коммуникационным навыкам и развитию личности. Данные тренинги помогут работникам получить необходимые знания и навыки, чтобы более эффективно справляться с повседневными стрессовыми ситуациями, улучшать свою коммуникацию с коллегами и руководством, а также позволят повысить мотивацию к личностному и профессиональному развитию.

Кроме того, в рамках корпоративных программ рекомендуется предусматривать отдельные специальные мероприятия для повышения мотивации и командного духа среди работников. Это может быть корпоративный отдых, спортивные соревнования, волонтерские акции и другие формы активного отдыха. Такие мероприятия помогают создать дружественную атмосферу на предприятии, способствуют укреплению командного духа и повышению эффективности работы коллектива.

Предупреждение и своевременное выявление возможных психоэмоциональных проблем в рамках регулярных медицинских осмотров и консультаций помогает предотвратить развитие таких проблем и сохранить психоэмоциональное здоровье работников.

Для лиц с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья необходимо предусмотреть все необходимые условия для их эффективной работы. Одна из современных тенденций содействия занятости инвалидов – сопровождаемое трудоустройство. В соответствии с Законом Российской Федерации от 19.04.1991 №1032-1 (с изм. и доп. от 28.12.2022)

«О занятости населения в Российской Федерации»<sup>1</sup> особое внимание при содействии занятости инвалидов уделяется сопровождению. При этом «под сопровождением при содействии занятости инвалида понимаются: оказание индивидуальной помощи незанятому инвалиду при его трудоустройстве, создание условий для осуществления им трудовой деятельности и ускорения его профессиональной адаптации на рабочем месте, а также формирование пути его передвижения до места работы и обратно и по территории работодателя» [1]. В данном случае создание условий для работников с инвалидностью подразумевает и специальное оборудование, которое позволит им самостоятельно эффективно выполнять свои рабочие обязанности, и необходимую помощь со стороны других работников, включая систему наставничества и тьюторского сопровождения [2].

Создание условий для работников с инвалидностью на предприятиях разного типа и профиля, включая обеспечение специальным оборудованием, не даст результатов и не будет способствовать повышению эффективности труда, если не будут учитываться все социально-психологические аспекты: общий психологический климат; равное восприятие лиц с инвалидностью другими работниками; возможность наравне с другими работниками претендовать на профессиональное развитие и карьерный рост; равная финансовая политика, и др. Причем следует отметить, что это двухсторонний процесс, на который влияет отношение: как других работников к работникам с инвалидностью; так и самих работников с инвалидностью по отношению к другим работникам и то, как они включаются в общий процесс и не закливаются на своих проблемах (поскольку индивидуальные личностные особенности, негативный прошлый опыт межличностного общения, различные психотравмирующие ситуации, а также страх быть непринятыми и непонятыми могут сильно мешать при реализации совместной деятельности). Приоритет собственных потребностей над потребностями других людей также может усугублять проблему (когда человек считает, что только его проблемы самые значимые, именно его нарушения самые сложные, поэтому именно ему должны создавать условия, понимать его. Другие и так справятся. Такие работники не учитывают, что в коллективе могут быть люди, также нуждающиеся в создании условий, в том числе с инвалидностью, которая внешне не видна).

Именно поэтому работа по формированию инклюзивной культуры должна проводиться со всеми работниками организации наравне с другими направлениями деятельности, такими как проведение скринингов, информационно-просветительские мероприятия по сохранению своего психоэмоционального здоровья и др., должны стать обязательной частью корпоративной программы сохранения психоэмоционального благополучия работников предприятия.

При реализации корпоративной программы по сохранению эмоционального здоровья и предупреждению эмоционального выгорания работников предприятия необходимо: нормативно закрепить проведение данной работы в организации; возложить функционал по организации работы и анализу ее эффективности на штатного сотрудника организации; обеспечить системность проводимой работы; соблюдать рекомендуемую периодичность проведения скрининга эмоционального состояния; разработать и реализовать корпоративную программу по сохранению эмоционального здоровья работников и профилактики их эмоционального выгорания, включающую календарный план мероприятий на текущий год.

### **Заключение**

Корпоративные программы сохранения психоэмоционального здоровья работников промышленных предприятий являются важным инструментом для создания благоприятной рабочей среды и повышения производительности. Забота о психологическом благополучии сотрудников становится все более приоритетной, и предприятия, которые инвестируют в такие программы, получают значительные выгоды в виде более эффективной работы и удовлетворенных сотрудников. Поскольку наши исследования фиксируют востребованность таких программ на предприятиях разного профиля и низкую осведомленность работодателей о необходимых направлениях такой работы, существует потребность в проведении обучения руководителей и специалистов по вопросам сохранения эмоционального здоровья работников, выявлению работников с первыми признаками эмоционального неблагополучия, а также организации другой работы по предупреждению эмоционального выгорания.

### **Литература**

1. Закон РФ «О занятости населения в Российской Федерации» от 19.04.1991 N 1032-1 (с доп. и изм. от 28.12.2022) - URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_60/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_60/) (Дата обращения: 25.09.2023).
2. Makarova T., Melnik Iu. TUTORSHIP AS A CONDITION OF VOCATIONAL INCLUSION OF PEOPLE WITH DISABILITIES // ARMENIAN JOURNAL OF SPECIAL EDUCATION. Scientific Methodological Journal. – 2022. – Vol. 5. No. 1. – P. 96-102.

## ЭФФЕКТИВНЫЕ СТРАТЕГИИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ КАК ПРЕДИКТОР ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ В СТУДЕНЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

**Аннотация.** Статья посвящена актуальной для психологической науки и практики проблеме психологического благополучия и здоровья студенческой молодежи. В рамках статьи рассматривается роль выбираемых стратегий совладающего поведения в обеспечении психологического благополучия личности в студенческом возрасте. Для достижения поставленной цели были использованы психодиагностические методы, методы математической статистики. Полученные результаты свидетельствуют о том, что эффективные стратегии совладающего поведения, обеспечивая успешность разрешения тех или иных трудных ситуаций, способствуют психологическому благополучию студентов.

**Ключевые слова:** трудные ситуации, совладающее поведение, стратегии совладающего поведения, копинг, способы копинга, психологическое благополучие, психологическое здоровье, студенческий возраст.

**Постановка проблемы.** В связи со значительными социальными, экономическими, политическими преобразованиями, происходящими в обществе, в сочетании с личностными и возрастными кризисами и затруднениями, возникающими в студенческом возрасте, становится актуальной проблема возникновения высокого уровня тревожности и эмоционального напряжения у студенческой молодежи, что, в свою очередь, требует эффективного совладания с различными трудными ситуациями.

Обучение в вузе кардинально отличается от обучения в школе не только возрастом информационных нагрузок, но и необходимостью расширения социального взаимодействия, построения взаимоотношений, решения бытовых вопросов, связанных с самостоятельным проживанием. Все это делает студенческий возраст уязвимым к различного рода переживаниям и ощущению психологического неблагополучия.

Во многих исследованиях подчеркивается, что для студенческого возраста свойственны: высокий уровень стресса [11], признаки психологического кризиса [3], тревожность, фрустрированность, внутриличностные и межличностные конфликты, чувство одиночества, бессилия, неспособности справляться с трудными жизненными обстоятельствами. Эти затруднения объясняются, с одной стороны, серьезными требованиями, предъявляемыми к студентам со стороны образовательного учреждения и общества в целом, а с другой стороны, серьезными изменениями в само-

сознании, необходимостью в наращивании навыков самостоятельности и самоорганизации. Кроме этого, в этот период отмечается зависимое положение в отношениях с педагогическим составом и администрацией образовательной организации [10], трудности в межличностных отношениях [8] и в профессиональном самоопределении [4].

Все это делает актуальной проблему необходимости обеспечения психологического благополучия личности в студенческом возрасте.

Среди современных исследователей (А.В. Воронина, П.П. Фесенко, Т.Д. Шевеленкова) существует мнение, что психологическое благополучие может выступать как универсальное, обобщающее понятие в контексте понимания здоровой личности, и в свою очередь, «психологическое неблагополучие» – как промежуточный конструкт между «здоровьем и болезнью» [2; 9].

При этом необходимо отметить, что, несмотря на имеющиеся уязвимости и затруднения, многие исследователи подчеркивают сензитивность студенческого возраста для развития психологического благополучия.

К примеру, в работе Кочетовой Ю.А. и Рагулиной О.А. приведены данные о взаимосвязи психологического благополучия и жизнестойкости в юношеском возрасте. Согласно результатам, полученным исследователями, когда у личности развиты способности справляться с имеющимися трудностями и адаптироваться к имеющимся требованиям среды, тогда больше возрастает удовлетворенность жизнью [5].

Проведенный анализ показывает, что одним из важнейших ресурсов психологического благополучия в студенческом возрасте является способность справляться с различными трудностями и жизненными обстоятельствами. С одной стороны, неэффективные стратегии совладания могут стать причиной психологического и эмоционального неблагополучия, психосоматических заболеваний и депрессивных состояний в студенческом возрасте, а с другой стороны, своевременное развитие эффективных стратегий совладания служит для студентов мощным ресурсом преодоления трудных жизненных ситуаций, сохранения и укрепления психологического здоровья и благополучия.

Р. Лазарус и С. Фолкман выделяют следующие виды копинг-стратегий: планомерное решение проблемы, обращение за поддержкой к социальному окружению, позитивная переоценка, противостояние, самоконтроль, самообвинение, фантазирование и надежда на внешние силы, дистанцирование, уход, избегание [6].

Представляет интерес модель конструктивного совладания с трудной жизненной ситуацией А. Либины и А. Либиной. В рамках этой модели важную роль в выборе конструктивных, адаптивных копинг-стратегий важную роль играет эмоциональная личностная компетентность человека, как способность распознавать и регулировать эмоции [7].

Исходя из анализа исследований, посвященных совладающему поведению, можно отметить, что эффективные копинг-стратегии имеют ключевое значение в успешном разрешении трудных ситуаций, с одновременным сохранением эмоционального равновесия и здоровья. Из этого возникает вопрос, какие стратегии совладающего поведения являются более эффективными, а какие менее.

*Цель* статьи заключается в изучении взаимосвязи стилей совладающего поведения и психологического благополучия у студентов.

*Изложение основного материала исследования в развернутой форме.* Исследование проводилось нами на базе Пятигорского государственного университета. В качестве испытуемых выступили студенты 1-4 курсов различных направлений подготовки в количестве 53 человека.

Для исследования уровня психологического благополучия студентов была использована методика «Шкала психологического благополучия». Полученные результаты показали, что только у 18,8% испытуемых отмечается высокий уровень психологического благополучия, у остальных выявляется средний и низкий уровень, при этом процент участников с низким уровнем достаточно большой (26,5%), что подтверждает актуальность проблемы и необходимость поиска способов повышения психологического благополучия в студенческом возрасте.

Для того чтобы проверить нашу гипотезу о наличии взаимосвязи между психологическим благополучием и стратегиями совладающего поведения, было принято решение изучить уровень развития копинг-стратегий у психологически благополучных и психологически неблагополучных студентов. Для этого выборка была разделена на две группы – в первую вошли испытуемые с высоким уровнем психологического благополучия, во вторую – испытуемые с низким уровнем психологического благополучия. В обеих группах были подробно изучены копинг-стратегии с помощью методики «Опросник способов копинга» Р. Лазаруса и С. Фолкмана в адаптации Е.В. Битюцкой (см. Табл. 1).

**Таблица № 1**

**Уровни развития показателей копинга у психологически благополучных и психологически неблагополучных студентов, в %**

Показатели копинга	Психологически благополучные			Психологически неблагополучные		
	высокий	средний	низкий	высокий	средний	низкий
1. Планомерное решение проблемы	72,7	18,2	9,1	28,6	42,8	28,6
2. Обращение за поддержкой к социальному окружению	27,3	27,3	45,4	35,7	42,8	21,4
3. Позитивная переоценка	81,8	9,1	9,1	35,7	35,7	28,5

4. Противостояние	27,3	45,4	27,3	28,5	42,8	28,5
5. Самоконтроль	27,3	18,2	54,5	28,5	42,8	28,5
6. Самообвинение	27,3	36,3	36,4	14,3	50,0	35,7
7. Фантазирование и надежда на внешние силы	9,1	36,3	54,6	42,8	14,2	42,8
8. Дистанцирование	9,1	18,2	72,7	21,4	28,6	50,0
9. Уход, избегание	9,1	18,2	72,7	14,3	28,6	57,1

Как видно по таблице № 1, у 72,7% психологически благополучных студентов наблюдается интенсивно выраженная степень применения способа копинга «планомерное решение проблемы», у 18,2% отмечается умеренно выраженная степень, а у 9,1% – наименее выраженная степень данного способа совладания. При этом у психологически неблагополучных студентов высокий уровень «планомерного решения проблем» отмечается лишь у 28,6%. Эти результаты говорят о том, что для подавляющего большинства респондентов в группе психологически благополучных студентов характерно проявлять усилия, которые призваны изменить ситуацию; использовать как когнитивные, так и поведенческие стратегии, позволяющие рациональным способом решить трудную задачу, тогда как в группе психологически неблагополучных студентов это выражено у гораздо меньшего количества участников (28,6%), что позволяет сделать вывод о значимости способности разрешать проблемы для психологического благополучия личности.

При анализе способа копинга «обращение за поддержкой к социальному окружению» можно отметить, что в группе психологически благополучных студентов интенсивно выраженная степень и умеренно выраженная степень применения данного копинга наблюдается у 27,3%, слабо выраженная степень – у 45,4%, то есть, примерно половина психологически благополучных студентов не выбирает стратегию получения социальной поддержки, как актуальную для себя. При этом в группе психологически неблагополучных студентов интенсивно выраженная степень «обращения за поддержкой к социальному окружению» наблюдается у 35,7%, что не так сильно отличается от проявления высокого уровня этого показателя в первой группе, но вместе с тем, процент участников с низким уровнем этого показателя в два раза меньше у психологически неблагополучных, по сравнению с психологически благополучными студентами – 45,4% и 21,4% соответственно, что говорит о том, что для психологически неблагополучных студентов более характерно

обращаться за социальной поддержкой к окружению при возникновении трудных ситуаций. Необходимо отметить, что данный способ совладания может включать в себя как возможность получить эмоциональную поддержку, так и инструментальную, информационную или профессиональную поддержку.

При оценке способа «положительная переоценка ситуации» отмечается преобладание у психологически благополучных студентов интенсивно выраженной степени показателя (81,8%), что свидетельствует о том, что большинство психологически благополучных студентов склонны проявлять усилия, нацеленные на то, чтобы изменить отношение к ситуации, создать положительный субъективный образ события. Этот факт свидетельствует о значимости для данной категории студентов личностного роста, готовности обрести новый опыт, жизненные установки и ценности, искать творческие варианты выхода из трудной ситуации и самосовершенствоваться, что само по себе отвечает задачам развития личности на данном возрастном этапе. Обращает на себя внимание, что среди психологически неблагополучных студентов высокий уровень развития этого показателя выражен у гораздо меньшего количества участников – 35,7%.

При дальнейшем анализе способов копинга в студенческой выборке необходимо отметить, что способы «противостояние» и «контроль» встречаются примерно у одинакового количества психологически благополучных и психологически неблагополучных студентов. Это говорит о том, что для студенческой выборки в независимости от уровня психологического благополучия характерна склонность использовать конфронтативный копинг, проявлять упорство и даже рисковать.

Интенсивно выраженная степень применения способа копинга «фантазирование и надежда на внешние силы» отмечается у 9,1% психологически благополучных студентов, умеренно и слабо выраженная интенсивность – у 54,6% и 36,3% соответственно. Полученные данные говорят о том, что у большинства участников с высоким уровнем психологического благополучия преобладает активный копинг.

При анализе способов копинга «дистанцирование» и «уход от ситуации» можно отметить, что у 9,1% психологически благополучных студентов преобладает высокая интенсивность применения данных стратегий, а слабая степень выраженности этих показателей встречается у 72,7%, что говорит о том, что большинству студентов не свойственно пытаться забыть о проблемной ситуации или использовать формы поведения, позволяющие отвлечься от нее.

Полученные результаты указывают на взаимосвязь активных, эффективных стратегий копинга (которые позволяют справляться с различными трудными ситуациями) с психологическим благополучием и важность их

развития в студенческом возрасте. Однако для более точного определения силы и характера взаимосвязей, нами был проведен корреляционный анализ (см. Табл. 2).

**Таблица № 2**

**Описательные статистики интер-корреляций показателей копинга и показателей психологического благополучия у студентов**

Копинг-стратегии	Положительные отношения	Автономия	Управление окружением	Личностный рост	Цели в жизни	Самопринятие	Общий показатель психологического благополучия
1. Планомерное решение проблемы	0,227	0,179	0,303	<b>0,278*</b>	<b>0,306*</b>	0,179	<b>0,281*</b>
2. Обращение за поддержкой к социальному окружению	-0,018	-0,090	-0,111	-0,004	0,046	-0,162	-0,073
3. Позитивная переоценка	0,230	<b>0,290*</b>	<b>0,350**</b>	<b>0,511***</b>	<b>0,468***</b>	<b>0,284*</b>	<b>0,405**</b>
4. Противостояние	0,110	0,235	0,223	0,225	<b>0,315*</b>	0,134	0,242
5. Самоконтроль	-0,067	-0,057	0,009	0,133	-0,002	-0,060	-0,010
6. Самообвинение	-0,151	-0,146	-0,147	0,014	0,026	-0,246	-0,133
7. Фантазирование и надежда на внешние силы	-0,022	<b>-0,354*</b>	-0,244	-0,101	-0,079	<b>-0,345*</b>	<b>-0,232*</b>
8. Дистанцирование	-0,049	0,063	0,101	-0,017	0,052	-0,047	0,022
9. Уход, избегание	-0,202	-0,068	-0,205	-0,084	-0,090	-0,178	-0,162

*Примечание:* \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Из таблицы № 2 видно то, что «общий показатель психологического благополучия» положительно коррелирует с такими копинг-стратегиями, как «планомерное решение проблем» ( $p < 0,05$ ) и «позитивная переоценка» ( $p < 0,01$ ), и отрицательно коррелирует со стратегией «фантазирование и надежда на внешние силы» ( $p < 0,05$ ). Полученные результаты говорят о значимости для развития психологического благополучия активных копинг-стратегий, направленных на анализ ситуации и планомерное решение проблем. Обратная корреляция со стратегией «фантазирование и надежда на внешние силы» указывает на то, что неверие в свои возможно-

сти самостоятельно разрешать те или иные трудные ситуации, негативно сказывается на психологическом благополучии студентов. Исходя из этого, становится очевидным, что для обеспечения психологического благополучия в студенческом возрасте необходимо способствовать снижению интенсивности и частоты применения данной стратегии совладания.

### **Выводы**

При проведении исследования было выявлено, что у психологически благополучных студентов на высоком уровне развиты такие стратегии копинга, как «планомерное решение проблемы» и «позитивная переоценка», что указывает на их способность анализировать и планомерно разрешать трудные ситуации; им не свойственно применять стратегии «фантазирование и надежда на внешние силы», что свидетельствует о том, что при столкновении с трудностями они рассчитывают на себя, а не перекалывают ответственность за ситуацию на другие, внешние силы; редко применяют стратегию копинга «избегание».

Результаты корреляционного анализа показали наличие положительных взаимосвязей между «общим показателем психологического благополучия» и такими копинг-стратегиями, как «планомерное решение проблем» и «позитивная переоценка», а также наличие отрицательных взаимосвязей между «общим показателем психологического благополучия» и стратегией «фантазирование и надежда на внешние силы», что свидетельствует о значимости планомерного решения проблем и позитивной переоценки для психологического благополучия.

Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод: чем больше будут развиты стратегии «планомерное решение проблем» и «позитивная переоценка», тем будет выше уровень психологического благополучия у студентов.

### **Литература**

1. Басанова Е.Е. Факторы социального благополучия у студентов СПО // Университетские чтения – 2022: Материалы региональной межвузовской научно-практической конференции, Пятигорск, 13-14 января 2022 года. Том Часть VIII. Пятигорск: Пятигорский государственный университет, 2022. – 77-81с.
2. Воронина А.В. Проблема психологического здоровья и благополучия человека: обзор концепций и опыт структурно-уровневого анализа // Сибирский психологический журнал. 2005. № 3. – 142-145с.
3. Голубева М.Г. Психологические факторы преодоления кризисов профессионального становления юношей и девушек: Автореф. дис. канд. псих. наук. Астрахань, 2006. – 22с.

4. Корчикова И.В. Личностная автономия как фактор формирования образа профессионального будущего в юношеском возрасте // Вестник ТГПУ. 2013. №6 (134). – 171-174с.
5. Кочетова Ю.А., Рагулина О.А. Жизнестойкость и психологическое благополучие в юношеском возрасте // Горизонты зрелости. Сборник тезисов участников Пятой всероссийской научно-практической конференции по психологии развития. – М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2015. – 643 с.
6. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования. – Л.: Медицина, 1970. – 178-208с.
7. Либина А., Либин А. Стили реагирования на стресс: психологическая защита или совладание со сложными ситуациями // Стиль человека: психологический анализ / под ред. А.В. Либина. – М., 1998. – 190-204с.
8. Стрельцова И.П. Представления подростков и юношей о трудных ситуациях и стратегиях совладающего поведения в них: дис. ... канд. псих. наук. – М., 2003. – 192с.
9. Шевеленкова Т.Д., Фесенко П.П. Психологическое благополучие личности (обзор концепций и методика исследования) // Психологическая диагностика. 2015. № 3. – 95-129с.
10. Юдин Н.В. Психологическая защищенность студентов от неблагоприятных воздействий социальной среды: дис. ... канд. псих. наук. – СПб, 2009. – 159с.
11. Fouad N.A. Need, awareness, and use of career services for college students // Journal of career assessment. 2006. Vol. 14. № 4. – P. 407-420.

**Несивкина Ирина Владимировна**

### **ПРОЯВЛЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ТРАВМАТИКИ В РЕШЕНИИ БИЗНЕС-ЗАДАЧ УПРАВЛЕНЦА**

**Аннотация.** В профессиональной деятельности руководитель в системе управления так или иначе сталкивается с человеческим фактором, который накладывает большой отпечаток на саму деятельность и ее результативность. Сам руководитель/управленец смещает и переносит свои психологические особенности и стиль поведения на сотрудников организации. Деятельность носит окраску и контекст личных динамик руководителя. В статье обсуждаются причины и признаки, по которым можно определить, что и как смещает руководитель на деятельность, исходя из

своего личного травмирующего опыта. А также даются рекомендации возможной корректировки этого.

**Ключевые слова:** деятельность, травмирующий опыт, управленец, руководитель.

*Постановка проблемы.* Основная деятельность руководителя организации состоит в том, чтоб выстроить систему, состоящую из элементов и простроить эффективные взаимосвязи между этими элементами для осуществления продуктивной и стабильной деятельности данной организации. Это происходит посредством коммуникации как во внутреннем контуре организации, так и во внешнем. Руководитель является формирующим и связующим элементом как внутреннего, так и внешнего контура взаимодействия. Выбор той или иной деятельности определяется чаще всего средой воспитания и формирования человека. Именно эта среда и повлияла на выбор сферы деятельности, заложила интерес к данной деятельности и определенные поведенческие паттерны управленца. Личность руководителя, его стиль и особенности коммуницирования будут непосредственно, порой неосознанно, оказывать влияние как в формировании организации, команды, так и в управлении ею, а также накладывать свой отпечаток на развитие данной структуры. Управленец является камертоном, на который настраивается вся организация. По тому, как проявляется организация на рынке, можно судить о ее руководителе, и наоборот. Коммуникация с руководителем позволяет достаточно точно судить об организации. А взаимодействие с внутренней структурой организации позволяет определить портрет управленца. Именно поэтому психологические травмы руководителя, так или иначе сформированные в период его становления, будут ярко влиять как на саму систему, так и на взаимодействие этой системы с внешним контуром и другими системами.

Влияние травматического опыта руководителя неосознанно накладывается свой отпечаток на деятельность организации. Перенесенная травма в любом возрасте дает о себе знать и активируется при подходящих или похожих условиях. Неосознанно на поддержание травматик уходит внимание и ресурсы человека. Чаще всего именно неопознанная травма является причиной проблем в организации. Также можно обратить внимание на такой аспект, как «травма организации» или «травма бизнеса», когда может быть травмирован тот или иной отдел в организации. Организация, как и личность руководителя, может иметь симптомы, которые можно обнаружить через системное видение феноменов в организации. Травма организации – это перегрузка системы негативным опытом, от которого она не может отойти и вернуться в изначальное состояние силы, когда прошлые связи разрушены, а новые не удается создать по причине прошлого

травмирующего опыта. Если система способна вернуться в предыдущее состояние после негативного опыта, то это стресс или турбулентность для организации, а не травма. Травма всегда системна. Последствия травмы – это разорванные связи: с коллегами, с целью организации, с внешним миром и другими элементами организации. В этой статье я делаю больше акцент на травмику руководителя и/или управленца.

**Цель статьи.** Показать управленцу/руководителю причины и признаки травмики в деятельности. Дать возможные направления корректировки этого для оптимизации деятельности и превентивных методов сохранения устойчивого развития организации. Предупредить и предохранить управленца от выгорания через осознанное понимание и нейтрализацию травматического опыта.

**Изложение основного материала исследования.** *Проявление травматического опыта руководителя в деятельности.* Каждый руководитель имеет свой неповторимый стиль управления, который складывается на основании многофакторного влияния на руководителя в период его становления. Факторы, влияющие на стиль управления руководителя.

– Семья и условия воспитания, жизнеобеспечения, в которых формировалась личность руководителя. Это не только родительская семья. Это родовые сценарии и те условия, в которых сформирована система убеждений.

– Образование и способы усвоения знаний. Мотивация к обучению и то состояние, которое формируется от процессов, связанных с обучением.

– Уровень зрелости руководителя, который зависит от сформированных структур мозга, влияющих на модель мышления и стратегическое видение.

– Учителя и те люди/книги, которые повлияли на мировоззрение и становление руководителя и явились образом, с точки зрения деятельности и жизненных ориентиров.

Исходя из факторов, влияющих на стиль управления руководителя, можно наблюдать проявление травматического опыта через стиль управления. Не всегда травматический опыт негативно сказывается в деятельности организации. Например, трудоголизм – это результат травмы и как компенсация перенесенного психологически тяжелого опыта, на который нет возможности смотреть. Этот опыт в данном случае вытесняется несбалансированной жизнедеятельностью в сторону увеличения деятельности. С точки зрения системы, – это благоприятное обстоятельство, так как фокус руководителя в систему максимальный. Но с точки зрения самого руководителя, этот дисбаланс может приводить к выгоранию и нересурсному состоянию руководителя, что, в конечном счете, пагубно влияет и на организационную систему.

Как происходит формирование убеждений, мировоззрения и возникает интерес к той или иной деятельности?

Как уже было выше сказано, на выбор той или иной деятельности, а также на стиль и поведенческие паттерны большое влияние оказывает семья и родовые сценарии. Развитие личности, формирование мозга и первичное знакомство с мироустройством происходят в семье. И от того, какие были отношения в семье и условия, в которых воспитывался человек, зависит и его картина мира. Это, несомненно, сказывается в выборе деятельности и стиле управления.

**Определение травмы.** Психическая травма – это сильное потрясение, страх, ужас или чувство беспомощности вследствие события, угрожающего физической/психической целостности человека или его близкого. То, что он пережил, переходит границы обыденного опыта. Психическая травма возникает вследствие таких спонтанных событий, как стихийные бедствия, несчастные случаи на производстве, внезапная болезнь, внезапная потеря близкого человека, дорожно-транспортное происшествие, а также намеренно совершаемые человеком: насилие, сексуальное домогательство, изнасилование, пытки, лишение свободы. Есть такое понятие, как травма свидетеля. Это люди, которые не сами пережили весь ужас ситуации, а были этому свидетелем. Динамики травмы так просто не исчезают и зачастую переходят в посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) [1].

Симптомно ПТСР может проявиться как сразу после травмы, так и спустя много лет после травмирующего события. Чаще всего такое расстройство психики может приводить к депрессиям, тревожным состояниям, паническим атакам, аддикции (зависимостям), суицидальному поведению, агрессивности. По данным исследований, ПТСР у женщин может усилить предрасположенность к развитию посттравматических симптомов у ее будущих детей, в том числе на уровне экспрессии генов. В этом случае мы можем наблюдать родовые сценарии, повторяющиеся из поколения в поколения.

Классификация травмы:

- моно-травма: хроническая (повторяющаяся, пролонгированная, серийная или каскадная);
- травма, полученная от людей, считается наиболее сильной по степени эмоционального заряда;
- травма, полученная не от людей.

Чаще всего травматический опыт настолько вытеснен и не осознаваем, что управленец не просто не хочет смотреть в эту сторону, но и всех тех, кто так или иначе указывает наличие травмы или проблемы, игнорирует и становится в оборонительную позицию. Отсюда и первый признак в стиле управления, указывающий на травматiku – повышенная эмоциональность

руководителя в контексте деятельности с элементами агрессии. Как только наблюдается в рабочем процессе раздражительность, излишняя эмоциональность, агрессивность, как крайняя форма эмоциональности – это указатель на травматический опыт, который пережил управленец чаще всего в детстве или в другие периоды своего становления. Возможно, таким образом с ним обращались, когда он занимался учебной или другой деятельностью, и такой стереотип поведения зафиксировался, как норма.

В период развития человека происходит образование нейронных связей мозга, отвечающих за оценку воспринимаемого образа и обратную связь. Если такая связь сформировалась в результате сильной стрессовой реакции с выбросом адреналина, то формируются так называемые акцентированные локусы латентной активации. Другими словами – фиксированная устойчивая связь, требующая той эмоциональной среды, при которой она была образована. Это отвечает на вопрос, почему даже очень осознанный руководитель не может противостоять своим эмоциональным реакциям, которые проявляются в определенных условиях, по определенному сценарию. В разных психотерапевтических подходах существуют технологии, по которым возможно диагностировать и нейтрализовать такую нейронную связь, формируя новую, более конструктивную. На мой взгляд, – это базовая задача в организации, решение которой перераспределяет как фокус внимания, так и энергетический потенциал системы. Отдельным образом необходимо обращать внимание и на тот исторический опыт организации, который часто несет в себе травму. Эта травма может не быть связана с руководителем, но оказывать влияние на систему.

Второй немаловажный аспект, который проявляет травматизацию руководителя, это отношение в компании к образовательным процессам, выстраивание системы повышения квалификации и поощрение сотрудников, которые инициируют самообразование и образование в рамках системы. Этот сегмент деятельности организации также настраивается и организуется, опираясь на восприятие и отношение к образованию руководителя. В современном мире с его ускоряющимися процессами изменений без настроенного, гибкого процесса образования невозможно добиться устойчивого развития организации. То, какое место занимает процесс образования в организации и как он выстраивается, влияет как на качество кадров во внутренней структуре организации, так и на то, как организация воспринимается внешним контуром. Кадры решают все! Это не просто девиз. Кадровые разрывы и кадровый голод сегодня наблюдаются во всех сферах экономики. Это является одной из наиболее значимых проблем, влияющих на развитие отдельно взятой организации, всей отрасли, и в результате – всей экономики страны. Реформы образования, проходившие в девяностые годы, в большой степени повлияли на это. Что явилось барьером развития

экономики, когда пришло поколение молодых людей с несформированными навыками к обучению. И проблема не только отсутствия навыков. Навыки можно так или иначе привить. Проблема в формировании определенных структур мозга, которые формируются именно в детском возрасте. Точность, концентрация внимания, стратегическое видение и мышление, связанная речь, свободное изложение своих мыслей, и т.д.

Если продолжать тему мозга, то сегодня во всем мире наблюдается синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Это запускает в свою очередь синдром дисплазии соединительной ткани и ведет к заболеваниям опорно-двигательного аппарата, близорукости и нарушению гомеостаза всей системы. В связи с этим мы наблюдаем большое количество маленьких детей в очках еще в дошкольный период. А в младших классах мы наблюдаем просто удручающую картину! 50% а иногда и более детей страдают нарушением зрения! Повреждение зрения через повреждение мозга. Как и почему это происходит? Проблема в семье! Мама и папа на младенца внимания не обращают. Мы получили неразговаривающее поколение за 30 лет реформ школьного образования. И это поколение не умеет общаться со своими собственными детьми. Высокий темп жизни разрушает несформированную психику. Дополнительная нагрузка в виде детей окрашена негативом и хронической усталостью. Проблема общемирового масштаба развитых стран. С ученым из Екатеринбурга, Дорониным Александром Ивановичем, мы разрабатываем, согласно теории формирования мозга и социального антропогенеза, образовательные программы по воспитанию детей с целью полноценного развития мозга и личности ребенка. Я хочу обратить внимание на то, что ответственность родителей лежит не только в воспитании своих детей, но и в формировании условий для развитого мозга ребенка. И самые основы этого происходят в пренатальный (до зачатия), перенатальный (внутриутробное развитие) и постнатальный (нежный возраст от 1-3 лет) периоды жизни.

Травматический опыт появляется в периоды формирования мозга. Фиксируясь, этот опыт подкрепляется и усиливается жизненными ситуациями. Все это сказывается на управлении организацией и переносится непосредственно на саму компанию: именно то, как коммуницирует руководитель, как он ставит задачу, какое у него стратегическое видение, что является его приоритетом, какие цели компании и все ли сотрудники их разделяют. Все эти факторы указывает на наличие или отсутствие травматизации. Именно эти показатели являются значимыми с точки зрения признаков травматизации управленца.

Уровень зрелости управленца определяется:

- высоким эмоциональным интеллектом;
- системностью и устойчивостью в решении задач компании;

- быстрой и гибкой адаптивностью к изменениям;
- зрелой коммуникативностью;
- отсутствием невроза, которое выражается в относительно нейтральной позиции к деятельности и сотрудникам;
- сценарным и стратегическим мышлением, позволяющим правильно выстраивать и развивать систему и расставлять приоритеты;
- сбалансированным отношением к ресурсам, необходимым для деятельности компании.

Если есть нарушение в том или ином из перечисленных пунктов, то это точный указатель травматизации. И это первый диагностический срез, который предполагает дальнейшее исследование и корректировку проблемы. То, как руководитель выстраивает структуру компании, выстраивает отношения внутри компании и строит внешнее взаимодействие с другими системами и организациями – все это яркий диагностический инструмент на наличие или отсутствие травматичности управленца. Это хороший показатель перспективности и масштаба данной организации.

В свое время мной была написана и опубликована книга: «Энергия и ресурсное состояние руководителя» [2].

Книга позволяет разобраться в вопросах развития и сохранения ресурсного состояния руководителя. И в данном случае травматический опыт (в независимости от того, как давно он был испытан) является «черной дырой», в которую мощным потоком уходят энергия и жизненные силы управленца. Вот почему для руководителя любого уровня просто необходима диагностика и коррекция акцентуированных локусов латентной активации.

**Определение.** Акцентуированные локусы латентной активации – это устойчивая нейронная связь мозга, зафиксированная в период сильного эмоционального потрясения или стресс реакции, требующая и формирующая жизненные похожие сценарии и обстоятельства, при которых был первично сформирован локус.

Фиксированная нейронная связь не может быть разрушена или вытеснена другими вновь образуемыми локусами. Для ее корректировки необходимы психотерапевтические методы диагностики и корректировки. И это есть основа деятельности специалиста по корректировке управленческой модели организации.

*Методы диагностики руководителя на предмет  
травматического опыта, влияющего на деятельность*

Трудность диагностики травматичности руководителя в процессах управления организацией заключается в том, что для самого руководителя травма не очевидна, не познаваема, не осознаваема. Только специалист, анализируя стиль управления, может диагностировать по вторичным

признакам наложение и смещение травматического опыта на управленческую деятельность. В первичной диагностики мы опираемся на признаки травмы, которые проявляются в состоянии руководителя в процессе осуществления управленческой деятельности. Отталкиваясь от этих признаков, через методы терапевтического консультирования мы можем узнать периодичность и локализацию проявления таких состояний. Проявлялись ли эти состояния в родительской семье или в других поколениях. Сбор такой информации необходим для понимания целостной картины запускаемого сценария. Наиболее точную диагностику можно осуществить через психотерапевтический метод: «Бизнес расстановки и системное консультирование организаций». В этом подходе ярко диагностируются: как личные динамики руководителя влияют на управленческую модель и стиль управления менеджера, как влияют и переносятся личные динамики управленца на организационную структуру и результаты деятельности организации.

С нарастанием социального давления во всех сферах жизни и на всех уровнях систем, еще больше встает необходимость в профилактическом, превентивном подходе. Понятие психогигиены становится все более актуально именно для управленцев разного масштаба. Психогигиена необходима, чтобы не допустить психических расстройств и необратимости процесса. Психопрофилактика может быть как превентивная, когда патология еще не обнаружена, так и в стадии уже сформированного и диагностированного заболевания.

«Психопрофилактика разрабатывает и внедряет в практику меры по предупреждению заболеваний, их хронизации. Понятие психопрофилактики тесно связано с понятием психогигиены. Согласно классификации ВОЗ, выделяют первичную, вторичную и третичную психопрофилактику. Первичная психопрофилактика включает мероприятия, предупреждающие возникновение нервно-психических расстройств, вторичная объединяет мероприятия, направленные на профилактику неблагоприятной динамики уже возникших заболеваний, их хронизации на уменьшение патологических проявлений. Третичная психопрофилактика способствует предупреждению неблагоприятных социальных последствий заболевания, рецидивов и дефектов, препятствующих трудовой деятельности. Значительная общественно-политическая трансформация общества у многих людей вызывает чувство неуверенности, неопределенности, незащищенности, растерянности, ощущения потери опоры, что выражается в напряжении, а часто и в агрессивности. На этом фоне возникает значение психотерапии, что вызвано ростом нервно-психической напряженности здорового населения, увеличением частоты пограничных нервно-психических расстройств» [3].

*Методы коррекции травматического опыта в решении бизнес-задач  
в управлении организацией*

Известный отечественный нейропсихолог Александр Романович Лурия, опираясь на мозговые механизмы отдельных психических процессов, таких как восприятие, произвольные движения и действия, внимание, память, речь, мышление, описывает модель основных трех блоков мозга, показывая целостность работы мозга и тем самым формируя возможные тенденции управления психофизиологией [4].

На этом основаны инструменты корректировки травматизации и способность человека осознанно моделировать свои сценарии жизнедеятельности.

Коррекция травматика руководителя в управленческой деятельности осуществляется по следующему алгоритму.

1. Осознание проблематики. Постановка задачи для консультанта.

2. Первичный образ и узнавание травматического опыта в прошлом. Какой именно травматический сценарий накладывается на управленческий процесс и почему.

3. Определение границ и локализации этого травмирующего опыта.

4. Растождествление личного травматического опыта и управленческого процесса с этим опытом. Принятие и осознание, зачем такой опыт был необходим.

5. Выбор и присвоение конструктивного сценария в данном управленческом контексте и процессах.

Подбор психотерапевтических методик может быть самым разнообразным: от классического психоанализа, гештальт терапии, трансактного анализа, методов психотерапевтических расстановок, до бизнес-консультирования и коучинга. Специалист сам подбирает оптимальные инструменты для подобной работы, исходя из своих специализаций и соответствия запроса клиента, а также метода реализации этого запроса.

Отличие стресс реакции от травмы состоит в том, что после стресса человек возвращается к прежней жизни. После перенесения травмы человек не может вернуться к прежнему себе, он застревает в травме. Сквозь фильтр травмы человек видит действительность, делает выводы и принимает решения [5].

Признаки личностной травмы:

- не с кем поделиться своим состоянием;
- неожиданность и от этого состояния как будто из-под ног уходит опора;
- состояние угрозы смерти.

Задача специалиста:

- восстановить нормальную саморегуляцию;
- восстановить адекватную самооценку;

– вернуть человека в нормализованную социальную адаптацию [6].

Чтобы стресс не перешел в необратимую стадию травмы, необходимо себя поддержать, рессурсировать. Найти во внутреннем и внешнем пространстве то, на что или на кого можно опереться. Основной этап в травматерапии – это поиск и присвоение ресурсов, на которые можно опираться! Эти ресурсы находятся и присваиваются как по внутреннему контуру человека, так и из внешнего пространства.

Травматерапия проходит 4 последовательные стадии.

1. Контакт и диагностика.
2. Стабилизация.
3. Переработка или конфронтация.
4. Интеграция.

Иногда целесообразно исследовать, в какой стадии находится наиболее сильный заряд травмы и от этого происходит застревание и фиксация. Разрешение каждой стадии травматикки может проходить через разные методики и методологии в зависимости от компетенций специалиста.

Стратегия работы с благоприятным климатом в организации через личность руководителя следующая.

1. Диагностика устойчивости и наличия ресурсов.
2. Выстраивание контакта с новыми ресурсами.
3. Выстраивание связей между сегодняшним «Я» и «Я» в травмирующей ситуации с акцентом на ресурсы и на устойчивость.
4. При необходимости работа с агрессором для выстраивания границ и возврата собственных ресурсов [7].

### **Выводы**

– Для полноценного и устойчивого развития организации необходимо диагностика на наличие травматикки управленца, а также исследование исторического опыта организации на предмет травматикки самой организации в прошлом.

– Чаще всего травматический опыт в управленческую деятельность переносится из личного контекста и травматикки руководителя и/или управленца.

– Травматический опыт формирует устойчивую нейронную связь, которая влияет на формирование условий и сценариев для поддержания той связи. Такая связь носит название «акцентуированные локусы латентной активации».

– Методы диагностики и коррекции данных локусов и является предметом деятельности психотерапевтической направленности.

– Психогигиена, диагностика и понимание отличия стресса от травматикки, способы их предупреждения и профилактики является залогом устойчивого развития организации.

– Определенная стратегия работы с благоприятным климатом в организации через личность руководителя является условием стабильности и продуктивной деятельности организационной структуры.

### Литература

1. Психологическая травма / Kolon British Hospital
2. Энергия и ресурсное состояние руководителя / И. Несивкина. Литрес, Ozon, 2021. <https://www.litres.ru/book/irina-nesivkina/seriya-bank-mozga-kniga-1-energiya-i-resursnoe-sostoyanie-66915643/?ysclid=lnn4lt6a5q58863353> (Дата обращения: 26.10.2023).
3. Медицинская психология. Учебно-методическое пособие для студентов учреждений высшего образования по специальностям 1-79 01 04 «Медико-диагностическое дело», 1-79 01 01 «Лечебное дело» / И.М. Сквиря, Н.В. Хмара, Л.В. Рузанова, С.О. Хилькевич, Б.Э. Абрамов, Е.В. Гут, С.В. Толканец. – Гомель: Министерство здравоохранения Республики Беларусь, 2020.
4. Основы нейропсихологии. Александр Романович Лурия. – СПб.: Издательство Питер, 2023.
5. Введение в ориентированный на решение подход и системные структурные расстановки / Шпаррер И. – М.: ИКСР, 2011.
6. Симбиоз и автономия / Рупперт Ф. – М.: ИКСР, 2014.
7. Травма, связь и семейные расстановки. Рупперт Ф. – М.: ИКСР, 2014.

**Сагова Зурида Айсовна**  
**Молочаев Алексей Константинович**

### СООТНОШЕНИЕ МОТИВАЦИИ ДОСТИЖЕНИЯ УСПЕХА И ИЗБЕГАНИЯ НЕУДАЧИ У БАДМИНТОНИСТОВ 16 – 23 ЛЕТ

**Аннотация.** В современном спорте возрастает важность не только физических, но и психологических качеств спортсменов, уделяется большое внимание изучению различных феноменов, связанных с высокими достижениями. В статье обсуждается проблема соотношения мотивации достижения успеха и мотивации избегания неудач в тренировочной и соревновательной деятельности, что тесно связано со способностью спортсмена к преодолению трудностей, развитием профессионального мастерства, снижением травмоопасности. В исследовании приняли участие 30 спортсменов-бадминтонистов в возрасте 16-23 лет (М = 19, Ж = 11). Применялись: опросник для измерения мотивации достижения А. Мехрабиана в моди-

фикации М.Ш. Магомеда-Эминова и тест-опросник «Мотивация успеха и мотивация боязни неудач» А.А. Реана. Результаты показали наиболее заметную выраженность мотивации достижения успеха в тренировочной деятельности, по сравнению с соревновательной.

**Ключевые слова:** спорт, мотивация достижения успеха, мотивация избегания неудачи, тренировочная деятельность, соревновательная деятельность.

### Введение

Мотивация достижения, как ориентация человека на стремление к успешному выполнению задания, настойчивость перед лицом неудач и чувство гордости за выполнение, крайне важна для спорта [6]. Она касается не только самого результата, но и «пути» к нему. В структуре мотивации достижения выделяют мотивацию к достижению успеха – стремление к успеху, высоким результатам в деятельности; мотивацию к избеганию неудачи – выработанный механизм избегания различных ошибок и неудач [5].

Традиционно считается, что мотивация к достижению успеха является «положительной мотивацией», а мотивация избегания неудачи – «отрицательной». При этом и у одного, и у второго конструкта есть как положительные, так и отрицательные стороны. Согласно закону Йеркса-Додсона (закон оптимума мотивации) наиболее эффективное сочетание этих видов мотивации будет наблюдаться при их определённом соотношении, балансе. Например, мотивированные на достижение успеха спортсмены в ситуации выбора между немедленным умеренным вознаграждением или большим, но отсроченным по времени, выбирают второе [3]. То есть, мотивация достижения успеха позволяет спортсмену стремиться к высшим целям, выстраивать иерархию мотивов, но в то же время мотивация избегания, балансируя ее, дает возможность не забывать про важность пусть и не такого большого, но результата в настоящем времени.

Исследование Б.А. Шуковой показало, что мотивация достижения успеха связана с внутренним локусом контроля, а мотивация избегания неудач – с внешним [7]. Мотивация к достижению успеха способствует тому, что спортсмен верит в то, что его усилия оправданы, что они обуславливают результат, в то время как мотивация избегания неудач дает возможность видеть причины успехов и неудач не только в себе, что предотвращает неоправданно завышенную самооценку или, наоборот, пониженный эмоциональный фон. Для спортсменов с выраженной мотивацией достижения успеха характерна настойчивость в достижении поставленных целей, уверенность в правильности своих действий, умение прилагать большие волевые усилия для решения поставленных задач; мотивация избегания неудач характеризуется противоположными тенденциями [3]. То есть мо-

тивация достижения успеха позволяет спортсмену придерживаться выбранного пути и до конца идти к поставленной цели, в то время как мотивация избегания неудач дает возможность быть гибким, избегать травм.

Нередко вызывает сомнения вопрос о возможности применения к тренировочной деятельности понятия мотивации достижения, выделяя тренировочный и соревновательный типы спортивной мотивации. Вероятно, это связано с направленностью тренировочной деятельности на процесс, а не на результат. Однако постановка целей на тренировочные занятия также играет значимую роль, и к ней применим критерий успешности, как минимум, в виде выполнения или невыполнения поставленных целей. Следует отметить, что одной из важнейших целей тренировочной деятельности является отработка стабильности исполнения отдельных технических элементов. В некоторых ситуациях на соревнованиях имеет смысл выполнить рискованный технический элемент, ожидая с его помощью добиться победы, несмотря на высокую вероятность ошибки. В то же время на тренировках чаще отдается предпочтение более устойчиво усвоенным техникам, которые необходимо автоматизировать и прочно закрепить, чтобы в стрессовых условиях соревнований сформированный навык не распался.

Исходя из вышеизложенных рассуждений, была сформулирована цель нашего исследования, состоявшая в изучении соотношения мотивации достижения успеха и мотивации избегания неудачи в тренировочной и соревновательной деятельности у бадминтонистов.

Мы предполагали, что наиболее эффективное соотношение мотивации достижения успеха и мотивации избегания неудачи в тренировочной деятельности характеризуется преобладанием мотивации избегания неудачи.

В работе также решались задачи выявления выраженности исследуемых параметров в зависимости от возраста и спортивного разряда или звания спортсменов.

### **Методика исследования**

Выборку составили 30 спортсменов-бадминтонистов из Москвы и Московской области, из них 19 мужчин и 11 женщин в возрасте 16 лет - 23 года, имеющие спортивные разряды и звания от «взрослых разрядов» до мастера спорта международного класса (МСМК).

Участники исследования были разделены на две возрастные группы: до 18 лет (включительно), от 19 лет и старше. Такое разделение связано с тем, что в соответствии с Правилами вида спорта «бадминтон» [4] с 19 лет спортсмен из статуса юниора переходит во взрослый спорт. Первую группу составили 14 человек, вторую – 16.

По спортивному разряду и званию спортсмены также были разделены на 2 группы: 1 – до звания кандидата в мастера спорта (КМС); 2 – от звания

мастера спорта (МС) и выше. Стоит отметить, что в выборке присутствовал всего один человек с разрядом ниже, чем КМС, и один человек с разрядом выше, чем МС. Предложенное разделение связано с тем, что спортсменов с разрядом КМС принято относить к этапу совершенствования спортивного мастерства, а спортсменов с разрядом МС – к этапу высшего спортивного мастерства. В первую группу вошло 16 человек, во вторую – 14.

Для измерения мотивации достижения успеха и избегания неудач у спортсменов использовались следующие методики: опросник для измерения мотивации достижения А. Мехрабиана в модификации М.Ш. Магомеда-Эминова и тест-опросник «Мотивация успеха и мотивация боязни неудач» А.А. Реана.

Особенностью применения опросника А. Мехрабиана являлось то, что в инструкции участникам исследования было предложено, отвечая на вопросы, представить себя в состоянии эффективной тренировки или успешной соревновательной деятельности.

Приведем содержание инструкций в двух предложенных вариантах.

«Представьте себя на тренировке: для Вас она проходит успешно, Вы эффективно выполняете все упражнения. Сконцентрируйтесь и постарайтесь представить Ваше состояние в этот момент. Постарайтесь «войти» в это состояние прямо сейчас и, находясь в нем, дать ответ на следующие вопросы».

«Представьте себя на соревнованиях: игры проходят успешно, у Вас получается максимально раскрыть и использовать свои возможности, полностью реализовать свой потенциал. Сконцентрируйтесь и постарайтесь представить Ваше состояние в этот момент. Постарайтесь «войти» в это состояние прямо сейчас и, находясь в нем, дать ответ на следующие вопросы».

Для подкрепления состояния эффективной тренировки или успешной соревновательной деятельности через каждые 10 вопросов опросника испытуемым предлагалось написать: «Я сейчас провожу эффективную тренировку» или «Я сейчас успешно выступаю на соревнованиях». Кроме того, респондентов просили написать три эпитета, которые наиболее четко описывают состояние, в которое им предложено войти.

Опросник «Мотивации успеха и боязни неудач» А.А. Реана содержит вопросы, отражающие поведенческие особенности лиц с той или иной выраженной мотивационной тенденцией (достижением успеха или избеганием неудач) и соответствует целям нашего исследования.

Участникам исследования были предложены методики в двух гугл-формах (первая – для исследования мотивации достижения в тренировочной деятельности, вторая – в соревновательной). К методикам прилагались вышеприведенные инструкции, в соответствии с которыми необходимо было заполнить первую гугл-форму после субъективно успешной и эффективной тренировки, вторую – после субъективно успешного выступления на соревнованиях, когда

удалось максимально реализовать свой потенциал. В соответствии с задачами исследования обе выбранные методики – А. Мехрабиана и А.А. Реана – предлагались в двух вариантах: применительно к тренировочной деятельности и к соревнованиям, то есть каждый из опросников заполнялся два раза.

### Результаты исследования

После завершения сбора эмпирических данных респондентам были присвоены порядковые номера (для сохранения конфиденциальности) и подсчитаны сырые баллы. Анализ данных проводился с помощью статистической компьютерной программы SPSS. Каждый из опросников был проверен на нормальность распределения с помощью критерия Шапиро-Уилка (в связи с объемом выборки).

Данные опросника А. Мехрабиана, примененного для тренировочной и для соревновательной деятельности, оказались нормально распределенными ( $p=0,563$ ;  $0,357>0,05$ ), в связи с чем для выявления различия между выраженностью мотивации достижения в тренировочной и соревновательной деятельности использовался Т-критерий для парных выборок; значимые различия не обнаружены ( $t=1,049$ ;  $p=0,303>0,05$ ).

Проверка нормальности распределения данных опросника А.А. Реана для соревновательной деятельности показала нормальное распределение ( $p=0,074>0,05$ ), однако, данные для тренировочной деятельности оказались отличными от нормального ( $p=0,009<0,05$ ), в связи с чем для выявления различия между выраженностью мотивации достижения в тренировочной и соревновательной деятельности, по данным опросника А.А. Реана, применялся критерий знаков. Согласно результатам, выявлено опровержение выдвинутой в нашем исследовании гипотезы: мотивация избегания в тренировочной деятельности выражена слабее, чем в соревновательной ( $p=0,015<0,05$ ).

Далее проводилось сравнение различий у представителей двух возрастных групп (до 18 и от 19 лет). У первой группы выявлены значимые различия по мотивации достижения в тренировочной и соревновательной деятельности по опроснику А.А. Реана (распределение нормальное,  $p=0,273$ ;  $0,576>0,05$ ): мотивация достижения в тренировочной деятельности выражена сильнее, чем в соревновательной ( $t=3,068$ ;  $p=0,009<0,05$ ). Результаты анализа данных по опроснику А. Мехрабиана (распределение баллов для тренировочной деятельности отличается от нормального;  $p=0,043<0,05$ ) значимых различий для первой возрастной группы не выявили ( $p=0,267>0,05$ ).

У членов второй возрастной группы по мотивации и тренировочной, и соревновательной деятельности значимые различия не выявлены.

Сравнение различий с помощью t-критерия для парных выборок в двух группах, дифференцированных по спортивному разряду (от КМС и ниже; от МС и выше), показало следующие результаты.

У представителей первой группы, имеющих спортивные разряды КМС и ниже, были выявлены значимые различия по мотивации достижения в тренировочной и соревновательной деятельности по данным опросника А.А. Реана (распределение нормальное,  $p=0,205$ ;  $0,547>0,05$ ): мотивация достижения в тренировочной деятельности выше, чем в соревновательной ( $t=2,306$ ;  $p=0,036<0,05$ ). По распределению баллов опросника А. Мехрабиана (распределение нормальное,  $p=0,147$ ;  $0,086>0,05$ ) значимых различий для первой группы не выявлено ( $t=0,427$ ;  $p=0,675>0,05$ ).

У второй группы спортсменов, имеющих спортивные разряды от МС и выше, различия не выявлены по мотивации и тренировочной, и соревновательной деятельности.

Также были рассмотрены различия в уровне мотивации достижения в тренировочной и соревновательной деятельности между первой и второй возрастными группами.

Поскольку значение критерия Ливиня оказалось выше допустимого уровня для всех вариантов опросников применительно к тренировочной деятельности и к соревнованиям, применялся t-критерий Стьюдента для независимых выборок. В итоге значимые различия обнаружены только опросником А.А. Реана, примененном к тренировочной деятельности, где показано, что мотивация достижения в тренировочной деятельности больше у бадминтонистов до 18 лет по сравнению с более взрослыми их коллегами ( $t=2,842$ ;  $p=0,008<0,05$ ). Результаты обработки данных других вариантов опросников не выявили значимых различий.

Аналогичным способом были проанализированы различия в группах, разделенных по спортивному разряду. Для всех вариантов опросников критерий Ливиня оказался выше значения 0,05, применение t-критерия Стьюдента для независимых выборок не выявило значимых различий в мотивации достижения между группами по спортивному разряду.

### **Обсуждение и анализ результатов**

Тест-опросник А. Мехрабиана не выявил значимых различий в мотивации достижений в тренировочной и соревновательной деятельности у респондентов; опросник не обнаружил различий в мотивации достижения тренировочной и соревновательной деятельности по параметрам возраста и спортивного разряда / звания.

Можно предположить, что полученные результаты связаны с наличием в опроснике А. Мехрабиана вопросов, напрямую не относящихся к спортивной деятельности. Например, вопрос 7: «Я трачу больше времени на чтение специальной литературы, чем художественной». Возможно, влияние этого фактора для нашего исследования могло быть снижено тем, что, согласно инструкции к методике, отвечая на предложенные вопросы, спортсмены

должны были входить в состояние, соответствующее успешной тренировочной или соревновательной деятельности. Как мы упоминали выше, для облегчения вхождения в нужное состояние, спортсменам предлагалось описать это состояние с помощью 3 эпитетов, а в процессе ответов на вопросы им нужно было написать: «Я сейчас провожу эффективную тренировку» или «Я сейчас успешно выступаю на соревнованиях», тем самым напоминая себе о состоянии «успешности». Вместе с тем, вероятно, нельзя быть в достаточной степени уверенными в эффективности мер, принятых для обеспечения вхождения респондента в нужное состояние.

В отличие от методики А. Мехрабиана, вопросы в опроснике А.А. Реана применимы к спорту напрямую, поэтому данные, полученные с помощью последнего, вероятно, более валидны для данного исследования. Согласно результатам по опроснику А.А. Реана, баллы в соревновательной деятельности оказались ниже, чем в тренировочной, соответственно, мотивация избегания неудач более выражена в соревновательной деятельности по сравнению с тренировочной. То же самое было обнаружено для возрастной группы до 18 лет, и для группы по спортивному разряду/званию КМС и ниже.

Следует отметить, в опроснике А.А. Реана применяется дихотомическая шкала, поэтому, вероятно, его дифференцирующая сила меньше, чем могла бы быть при использовании шкалы Лайкерта, что можно учитывать в дальнейших исследованиях.

На валидность данного исследования могло повлиять и то, что респондентов просили отвечать на вопросы в состоянии эффективности или успешности, однако, у исследователей не может быть полной уверенности в точности или добросовестности выполнения предложенной инструкции респондентами. Например, некоторые из участников могли оценивать мотивацию достижения в своих «типичных» или наиболее частых своих состояниях на тренировке и во время соревнований.

Интересно, что различие изучаемых параметров выявилось у младшей возрастной группы спортсменов, выступающих в юниорском спорте и находящихся на этапе совершенствования спортивного мастерства. При этом различия не обнаружены у спортсменов, перешедших во «взрослый спорт» и находящихся на этапе высшего спортивного мастерства. Возможно, с переходом во взрослый спорт и с ростом спортивного мастерства состояния мотивации достижения успеха и мотивации избегания неудач становятся идентичными для тренировочной и соревновательной деятельности.

Данные о большей выраженности мотивации достижения успеха в тренировочной деятельности у спортсменов младшей возрастной группы по сравнению с более взрослыми спортсменами не позволяют делать однозначные и убедительные выводы в связи с немногочисленностью выборки,

для убедительных объяснений требуются дополнительные исследования.

Если допустить, что в соответствии с результатами нашего исследования действительно наиболее эффективно, когда в тренировочной деятельности в соотношении мотивации достижения успеха и мотивации избегания неудачи последний выражен слабее, чем в соревновательной деятельности, можно предложить следующие объяснения-выводы.

1) В тренировочной деятельности важнее предпочтение большего вознаграждения с отсрочкой по времени, чем меньшего, но сиюминутного (что характерно для мотивации достижения успеха). Действительно, в тренировочный период спортсмен получает большую физическую нагрузку, и не всегда удается показать свой наилучший уровень игры. Однако в дальнейшем регулярная нагрузка, как правило, приводит к росту его физических качеств и профессионального уровня как спортсмена. В соревновательной деятельности важно победить здесь и сейчас, максимально проявив все свои спортивные умения. К тому же многочисленные внешние факторы соревнования нередко выводят на первый план стремление спортсмена хотя бы удержать достигнутые ранее позиции, а не завоевать новые, что соответствует мотивации избегания неудачи.

2) Вероятно, в тренировочной деятельности внутренний локус контроля (характерный мотивации достижения успеха) играет более значимую роль, чем в соревновательной. По нашему мнению, это связано с тем, что тренировочная деятельность прежде всего ориентирована на процесс, достижение высоких результатов и установление рекордов не ставятся целью тренировочных занятий. Соответственно, принятие спортсменом на себя ответственности за собственные тренировочные успехи и поражения, поиск их причин в себе с меньшей вероятностью может привести к негативным эмоциональным переживаниям или, наоборот, к неоправданно завышенной самооценке. Интернальный локус контроля в период тренировок с большей вероятностью может способствовать росту профессионального мастерства спортсмена и его личностной зрелости, что влияет на повышение мотивации достижения успеха.

Поскольку во время соревнования важен результат, то есть победа или поражение, ответственность первого типа (интернальный локус контроля) может вести к гиперответственности и чувству вины за ошибки и неудачи. Необходимо помнить и о том, что спортсмен способен контролировать далеко не все условия и ситуации соревнования. Концентрация на внутреннем локусе контроля в этом случае может усугубить чувство вины и негативные переживания, что, вероятно, может негативно отразиться на дальнейших выступлениях и в целом профессиональной деятельности спортсмена.

3) Оптимальным соотношением мотивации достижения успеха и избегания неудачи является, по нашему мнению, ситуация, когда в трениро-

вочной деятельности настойчивость проявляется сильнее, чем в соревновательной.

Это можно объяснить тем, что соревновательная деятельность должна отличаться большей «гибкостью» по сравнению с тренировочной. В тренировочной деятельности важно отработать определенный технический элемент, довести его исполнение до стабильности и максимальной близости к эталону, вопреки усталости, боли или монотонии. В то же время в соревновательной деятельности, в ситуации неудачных попыток демонстрации важного технического элемента, эффективнее проявить определенную «гибкость», выбрать другую тактику действий вместо неудачных попыток выполнить требуемые движения.

Вместе с тем мотивация избегания неудачи крайне важна и для тренировочной деятельности, поскольку обуславливает тщательную работу над техническими упражнениями. В соревновательной деятельности она помогает собрать точную и подробную информацию о будущем сопернике, тщательнее спланировать тактику.

Все вышеизложенные утверждения согласуются с теоретической литературой по данному вопросу, однако, являются нашими предположениями, которые могут объяснить полученные результаты, при этом нуждаются в сборе дополнительных данных и проведении исследований для их подтверждения или опровержения.

С учётом ограничений нашего исследования, упомянутых выше, следует отметить, что полученные результаты в целом сходятся с результатами исследования И.Р. Калимуллиной, которое показало, что во время соревнований спортсмены испытывают большее напряжение, чем в тренировочной деятельности. Состояние во время соревнований они описывают как «волнение», «возбуждение», «злость», «тревожность», «страх», «сосредоточенность», «агрессия», «спокойствие». Высококвалифицированный спортсмен описывает свои состояния в тренировочной деятельности следующими словами: «заинтересованность», «веселость», «удовлетворенность», «оптимистичность», «радость», «счастье», «напряженность» [2].

### **Заключение**

В современном спорте возрастает роль не только физических, но и психологических качеств спортсменов, большое внимание уделяется изучению мотивации. Поскольку спорт, как никакая другая деятельность, связан с победами, рекордами, высокими результатами, проблема мотивации достижения успеха и мотивации избегания неудачи приобретает особую значимость. При этом важно говорить именно об оптимальном соотношении этих двух мотиваций, а не о полном доминировании одной из них, поскольку и мотивация достижения успеха, и мотивация избегания неудачи

имеют как положительные, так и отрицательные стороны. Только будучи сбалансированной и гармоничной, данная система может привести к максимальной эффективности спортсмена.

Также представляется важным для психологии спорта концентрировать внимание не только на соревновательной деятельности, которая, без сомнений, является самой сущностью спорта, т.к. невозможно представить себе спорт без соревнований, но и на тренировочной. Как пишет Е.П. Ильин, большие старты выигрываются не в день их проведения, это результат многолетней напряженной работы на тренировках [1].

Наше исследование показало, что эффективное соотношение мотивации достижения успеха и мотивации избегания неудачи в соревновательной деятельности предполагает преобладание мотивации избегания неудачи, в отличие от тренировочной деятельности. На основании результатов данной работы можно предположить, что с переходом во взрослый спорт и с ростом спортивного мастерства соотношение мотивации достижения успеха и мотивации избегания неудач выравняется для тренировочной и соревновательной деятельности. Однако эта гипотеза требует дальнейшего эмпирического подтверждения.

### Литература

1. Ильин Е.П. Психология спорта. – СПб.: Питер, 2017. – 352с.
2. Калимуллина И.Р. Влияние мотивации на психические состояния спортсменов в тренировочно-соревновательном процессе: диссертация канд. психол. наук: 19.00.01. – Казань: Казанский государственный университет имени В.И. Ульянова-Ленина, 2008. – 162с.
3. Огородова Т.В. Психология спорта. – Ярославль: Ярославский государственный университет имени П.Г. Демидова, 2013. – 130с.
4. Приказ Минспорта России от 12.07.2021 № 546 «Об утверждении правил вида спорта «бадминтон»: [https://legalacts.ru/doc/pravilavida-sporta-badminton-utv-prikazom-minsporta-rossii-ot\\_1/](https://legalacts.ru/doc/pravilavida-sporta-badminton-utv-prikazom-minsporta-rossii-ot_1/) (Дата обращения: 25.10.2023).
5. Рожков Е.М. Мотивация достижения успеха и избегания неудач в работах отечественных и зарубежных ученых // Психологические науки, 2024. – 44-46с.
6. Уэйнберг Р.С. Гоулд Д. Основы психологии спорта и физической культуры. – Киев: Олимпийская литература, 1998. – 336с.
7. Шукова Б.А. Взаимосвязь локуса контроля и мотивации достижения у студентов начальных курсов. – Ставрополь: Северо-Кавказский федеральный университет, 2019. – 13с.

Первичко Елена Ивановна  
Литовская Дарья Антоновна  
Конюховская Юлия Егоровна  
Дорохов Егор Андреевич  
Шишкова Ирина Михайловна  
Иргашев Никита Русланович

## ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ НАМЕРЕНИЯ ВАКЦИНИРОВАТЬСЯ ОТ COVID-19 <sup>1</sup>

**Аннотация.** Целью исследования стало оценить роль социальных, демографических и психологических предикторов намерения вакцинироваться на выборке респондентов, не болевших COVID-19. При использовании методического комплекса, оценивающего такие психологические переменные, как воспринимаемый стресс, личностные черты, ситуативная и личностная тревожность, стили саморегуляции, самоэффективность, толерантность и нетолерантность к неопределенности, было обнаружено, что преимущественно связаны с намерением вакцинироваться не психологические и демографические переменные, а социальные представления о COVID-19 и вакцинации.

**Ключевые слова.** Намерение вакцинироваться, пандемия COVID-19, личностные черты, стратегии саморегуляции, самоэффективность, социальные представления о коронавирусе, социальные представления о вакцинации от коронавируса.

### Введение

В конце 2019 года мир столкнулся с необходимостью вступить в борьбу с новым вирусом COVID-19. Это сказалось на эмоциональной стабильности всех и каждого. На фоне этого многим было тяжело принять решение о вакцинации недавно разработанным препаратом против нового вируса. Между тем, прохождение вакцинации является важным решением людей, необходимым для уменьшения персональных рисков тяжелого течения заболевания, а также для снижения социально-экономических последствий коронавируса и пандемии для всего общества. В связи с этим, актуальным становится исследование демографических и психологических предикторов намерения вакцинироваться. Кроме того, допустимо предположить, что значимыми факторами в принятии решения вакцинироваться могут быть социальные и индивидуальные представления о коронавирусе и пандемии

---

<sup>1</sup> Финансирование. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского научного фонда (РНФ) в рамках научного проекта № 21-18-00624.

COVID-19; представления о самой вакцинации и сами способы получения релевантной информации о коронавирусе и способах борьбы с ними.

Таким образом, целью данного исследования является оценить роль трех типов предикторов принятия решения о вакцинации от коронавируса: демографических данных, факторов психологической predisposition, а также и социальных представлений об опасности COVID-19 и вакцинации.

**Выборка.** В данном исследовании приняли участие 272 респондента, не болевших COVID-19 (средний возраст –  $23,1 \pm 13,7$  лет), из них 85,8% составили женщины. Выборка собиралась онлайн с 20.11.2021 г. по 06.04.2022 г. с помощью сайта <https://psy-test-covid.ru>. Среди опрошенных респондентов 68,5% прошли вакцинацию, 8,2% участников планировали вакцинироваться и 23,3% не планировали прививаться.

**Методический комплекс исследования** составили следующие методики.

1. Социально-демографический опросник, разработанный специально для исследования здорового населения в условиях пандемии COVID-19.

2. «Шкала воспринимаемого стресса-10» [1].

3. Опросник «Представления о коронавирусе и пандемии COVID-19», созданный на базе русскоязычной версии «Краткого опросника восприятия болезни» Е. Бродбент [10], вопросы которой были модифицированы для изучения представлений о коронавирусе и пандемии COVID-19 [5].

4. Шкала ситуативной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера [7], в которой шкала личностной тревожности была модифицирована в вопросы, оцениваемые состояние респондентов до пандемии.

5. Сокращенная версия российского варианта Шестифакторного личностного опросника (HEXACO-PI-R <sup>1</sup>) [2].

6. Методика исследования самоуправления Ю. Куля и А. Фурмана (SSI <sup>2</sup>) [4].

7. Шкала толерантности - интолерантности к неопределенности С. Баднера [3].

8. Шкала общей самооффективности Р. Шварцера и М. Ерусалема [8].

Для рассмотрения роли демографических, психологических и социальных предикторов намерения вакцинироваться был использован корреляционный анализ Спирмена, критерий согласия Пирсона, дисперсионный анализ и регрессионный анализ (критерий Фишера).

---

<sup>1</sup> HEXACO-PI-R – первые шесть букв представляют англоязычную аббревиатуру шести личностных черт: Honesty, Emotionality, Extraversion, Agreeableness, Conscientiousness, Openness to experience; PI-R – от англ. Personality Inventory-Revised – личностный опросник, пересмотренный [10]. Является общепризнанной аббревиатурой для обозначения Шестифакторного личностного опросника.

<sup>2</sup> SSI – от нем. Selbststeuerungs-Inventar – введенная Ю. Кулем и А. Фурманом аббревиатура для обозначения их авторской методики исследования самоуправления [12].

## Результаты исследования

### 1. Демографические предикторы намерения вакцинироваться.

Была обнаружена значимая связь наличия/отсутствия прививки и намерения вакцинироваться с полом ( $\chi^2$  Пирсона = 8,96;  $p = 0,03$ ; Cramer's V = 0,473). Женщины были более склонны вакцинироваться, чем мужчины: 81% против 50%, что не согласуется с данными большинства исследований, согласно которым мужчины чаще идут на вакцинацию [13], и может объясняться недостаточным размером мужской подвыборки. Между согласием на вакцинацию и возрастом респондентов значимой связи выявлено не было.

### 2. Психологические предикторы намерения вакцинироваться.

Было выявлено, что **уровень толерантности к неопределенности** связан с согласием на вакцинацию ( $\chi^2$  Пирсона = 26,5;  $p=0,03$ ; Cramer's V = 0,47): среди вакцинировавшихся больше толерантных к неопределенности. При этом связь толерантности к неопределенности с намерением вакцинироваться не линейна: те, кто имел низкие и, наоборот, очень высокие показатели толерантности к неопределенности, чаще отказывались от вакцинации. Была получена интересная **связь мнения о безопасности вакцины и интолерантности к неопределенности**: люди с сильным неприятием неопределенной пандемической ситуации чаще остальных считали вакцину безопасной (по-видимому, пытались уменьшить количество поводов для сомнений и неуверенности при необходимости вакцинироваться), в то время как люди со средними оценками интолерантности преимущественно сомневались в безопасности препарата ( $\chi^2$  Пирсона = 31,7;  $p = 0,024$ ; Cramer's V = 0,514).

Было обнаружено, что респонденты с более высоким уровнем **ситуативной тревожности** чаще отказывались от вакцинации ( $F=5,3$ ;  $p=0,027$ ). Также интересно то, что связи между ситуативной тревожностью и страхом заболеть выявлено не было. Людей в период вакцинации больше беспокоило то, что они могут заразить других ( $\chi^2$  Пирсона = 15,2;  $p=0,019$ ; Cramer's V = 0,436). Помимо этого, было установлено, что тем, кто привился от COVID-19, стало комфортнее находиться в общественных местах ( $\chi^2$  Пирсона = 38,9;  $p<0,001$ ; Cramer's V = 0,697).

Благодаря проведению дисперсионного анализа данных было установлено, что **самоэффективность**, вера в себя и свои действия вносят вклад в уровень стресса в период вакцинации ( $F=3,23$ ;  $p=0,05$ ). Так, люди с низкой самоэффективностью склонны испытывать более сильные переживания из-за эпидемиологической обстановки и вакцинации, в то время как уверенные в своих действиях тревожатся меньше (хотя эта группа имеет большую дисперсию результатов  $SD=2,94$ ).

Значимой связи согласия на вакцинацию с уровнем воспринимаемого стресса, личностной тревожности, интолерантности к неопределенности, личностными чертами, стилями саморегуляции и самооффективности обнаружено не было.

### 3. Социальные представления о COVID-19 и вакцинации как предикторы намерения вакцинироваться.

Показано, что те, кто считал **вакцинацию надежной мерой предотвращения опасности заражения COVID-19**, чаще делали прививку ( $\chi^2$  Пирсона = 24,2;  $p < 0,001$ ; Cramer's V = 0,778). Те же, кто не считал вакцинацию таковой, от вакцинации отказывались и предпочитали иные меры снижения опасности коронавируса – ношение индивидуальных средств защиты и уменьшение контактов с людьми.

Аналогичные результаты были получены и в отношении связи предполагаемой безопасности препарата и вакцинации: те, кто считал вакцину безопасной (или не был уверен, но склонялся к этому) чаще прививались ( $\chi^2$  Пирсона = 29,6;  $p < 0,001$ ; Cramer's V = 0,497).

Люди, оценивавшие COVID-19 как вирус, опасный для своего здоровья, чаще делали прививку ( $r = 0,327$ ,  $p = 0,039$ ). При этом значимой связи между оценкой опасности COVID-19 в целом с решением о вакцинации не было.

При анализе данных были выявлены следующие закономерности, касающиеся **предпочитаемого источника получения информации о пандемии и вакцинации**. Люди, использующие телевидение в качестве основного источника информации, оценивали опасность вируса как более высокую, в отличие от тех, кто пользовался иными источниками информации ( $r = 0,408$ ;  $p = 0,009$ ). Эта же группа людей, кстати, в качестве меры снижения опасности коронавируса избрала вакцинацию ( $r = 0,392$ ;  $p = 0,05$ ). Получение информации от знакомых сотрудников медицинских учреждений (что было характерно для людей с низким уровнем противодействия стрессу ( $r = 0,369$ ;  $p = 0,019$ )) способствовало отказу от вакцинации ( $r = 0,347$ ;  $p = 0,028$ ) и отсутствию использования каких-либо конкретных мер по предотвращению распространения COVID-19 ( $r = 0,368$ ;  $p = 0,02$ ). Также была обнаружена значимая отрицательная корреляция получения информации из проверенных интернет-источников и отсутствием мер по снижению опасности вируса ( $r = -0,331$ ;  $p = 0,037$ ). То есть те, кто получал информацию о вакцинации и пандемии из проверенных интернет-изданий, в основном предпринимали что-то, чтобы бороться с пандемией, и были более склонны делать прививку ( $r = 0,329$ ;  $p = 0,038$ ). Люди старшего возраста предпочитали узнавать о вакцинации и COVID-19 по телевидению ( $r = 0,521$ ;  $p < 0,001$ ), а для молодых было более свойственно

получать информацию из проверенных Интернет-источников ( $r = 0,340$ ;  $p = 0,032$ ) и социальных сетей ( $r = 0,305$ ;  $p = 0,05$ ).

Также было показано, что немаловажную роль в представлении человека о пандемии играет **опыт знакомых людей**. Так, было выявлено, что те, чьи знакомые перенесли вакцинацию легко, с большей вероятностью делали прививку и себе ( $\chi^2$  Пирсона = 22,8;  $p = 0,029$ ; Cramer's V = 0,436), а также считали вакцину безопасной (Хи-квадрат Пирсона = 22,3;  $p = 0,034$ ; Cramer's V = 0,431). Однако значимой связи, подробно описанной в других работах, наличия тяжело переболевших коронавирусом знакомых с решением вакцинироваться, с оценкой опасности COVID-19 или уровнем стресса, найдено не было.

Из всех причин отказаться от вакцинации единственным связанным с показателями стресса являлось **опасение аллергических реакций при прохождении вакцинации** ( $r = 0,342$ ;  $p = 0,031$ ), то есть для респондентов из нашей выборки в приоритете стоит беспокойство о личном здоровье. Также люди со слабым противодействием стрессу предпочитали выбирать причиной для отказа от вакцинации тот факт, что препарат новый и еще не проверенный, поэтому они не хотят быть частью эксперимента по его разработке ( $r = 0,338$ ;  $p = 0,033$ ). Среди тех, кто был склонен отказаться от вакцинации, основными причинами были: желание выработать иммунитет к COVID-19 после болезни ( $r = 0,468$ ;  $p = 0,002$ ), наличие иммунитета после перенесенного в прошлом COVID-19 ( $r = 0,336$ ;  $p = 0,034$ ) и опасения появления побочных эффектов после введения препарата ( $r = 0,315$ ;  $p = 0,05$ ).

Среди тех, кто был склонен сделать прививку или уже ее сделал, в качестве преимуществ вакцинации отмечали: ситуацию безопасности для близких ( $r = 0,491$ ;  $p = 0,001$ ), мнение о том, что коронавирус будет «побежден», если прививку сделает большинство людей в стране ( $r = 0,416$ ;  $p = 0,008$ ), более легкое перенесение COVID-19 в будущем ( $r = 0,357$ ;  $p = 0,024$ ), возможность свободно посещать различные мероприятия и путешествовать ( $r = 0,421$ ;  $p = 0,007$ ).

### **Обсуждение результатов исследования**

Полученные в нашем исследовании данные, в целом, соотносятся с данными, полученными как в нашей стране, так и за рубежом. Так, в работе Karlsson L.C. (2021) безопасность вакцин продемонстрировала самую сильную связь с намерениями вакцинации против COVID-19, объяснив 52% дисперсии [11]. Большинство респондентов (72,9%) сочли вероятность того, что они вакцинируются против COVID-19, высокой, если такая вакцина будет предложена и рекомендована на государственном уровне. Когда же речь идет о готовности привиться вакциной на этапе тестирования, лишь около

30% считают высокой вероятностью того, что они согласятся это сделать [11]. В исследовании М.Ю. Сорокина и коллег [6] были получены сходные с нашими результаты. В данном исследовании так же, как и нами подчеркивается неоднозначность отношения населения к возможности и необходимости вакцинироваться на этапе разработки вакцин. Причиной расхождения мнения людей в данном вопросе можно считать: популярность антипрививочного дискурса, высокий уровень дезинформации (сильное негативное влияние социальных сетей и СМИ в период пандемии было отмечено выше) и недоверие конкретным регуляторным органам, ответственным за создание и распространение новых вакцин. При этом дополнительные сомнения в безопасности прививки вызывает ускоренная разработка и последующее ускоренное внедрение препарата в массы. E. Robertson с коллегами (2021) в своей работе показали, что примерно 25% населения Великобритании в целом не решаются вакцинироваться от COVID-19, что это согласуется с полученными нами результатами, а также с данными других исследований, где указанный показатель колебался от 18% до 37%. Ключевыми факторами для согласия на вакцинацию были воспринимаемая эффективность вакцины, обеспокоенность негативными побочными эффектами и безопасность вакцины. При этом основной причиной нерешительности и отказа от вакцинации были возможные негативные симптомы после прививки (42,7%) [14]. По данным британских коллег, основную информацию о возможных побочных эффектах вакцинации (преимущественно неподтвержденных и преувеличенных) граждане получали из СМИ и социальных сетей, что также согласуется с данными, полученными нами [14].

Важными социально-демографическими показателями в вопросе о намерении/отсутствии намерения вакцинироваться, согласно опубликованным данным, являются: пол, возраст, семейный статус, расовая, этническая принадлежность, религия, уровень образования, доход, место проживания человека. В абсолютном большинстве исследований было установлено, что респонденты мужского пола имели более высокие намерения сделать прививку. В работе Malik A.A. и коллег (2020) было показано, что мужчины (72%) по сравнению с женщинами; пожилые люди ( $\geq 55$  лет; 78%), по сравнению с более молодыми взрослыми; азиаты (81%) по сравнению с другими расовыми и этническими группами, а также обладатели степени бакалавра и/или магистра (75%), по сравнению с людьми с менее чем высшим образованием, с большей вероятностью были готовы вакцинироваться [13]. Важно отметить и то, что, как было показано данными авторами, не только люди с более низким уровнем образования преимущественно отказывались от прививки, но и дети малообразованных родителей чаще не были готовы вакцинироваться [13]. Более верующие люди чаще отказывались от вакцинации в силу различных религиозных убеждений, иными словами, религиозность

отрицательно коррелирует с доверием вакцине и желанием вакцинироваться [16]. Одна из возможных причин отказа от прививки заключается в сильном недоверии к медицине, науке и общественному здравоохранению, которое является основой для сомнения в безопасности и эффективности препаратов. Другой причиной являются существующие проблемы в области здравоохранения, которые возникают из-за неблагоприятных социальных и экономических условий [15].

Нами были получены данные, показывающие влияние СМИ и социальных сетей на представления об опасности коронавируса и на отношение людей к вакцинации от COVID-19. Безусловно, влияние социальных сетей на решение делать или нет прививку зависит от качества информации, которой пользуются и которой доверяют люди. Многие все чаще и чаще ищут в СМИ и социальных сетях информацию, расширяющей возможности распространения непроверенных, часто ненаучных, пугающих фактов, связанных со здоровьем. Согласно полученным нами данным, люди, которые обращаются в социальные сети за новостями о пандемии, с меньшей вероятностью соглашаются на вакцинацию, что согласуется с данными других исследователей [15]. Допустимо предположить, что люди «тяготеют» к тем источникам информации, которые представляют точку зрения на проблему, согласующуюся с их мнением. Однако полученные результаты убедительно свидетельствуют о том, что важным фактором для принятия решения о вакцинации в обществе может и должно стать корректное информирование граждан о преимуществах процедуры вакцинации.

### **Выводы**

1. В ходе данного исследования было выявлено, что основными связанными с согласием на вакцинацию факторами являются: женский пол, восприятие COVID-19 опасным для своего здоровья, средний уровень толерантности к неопределенности, мнение о вакцине от COVID-19 как о надежном и безопасном, получение информации о пандемии и вакцинации из проверенных интернет-источников, наличие легко перенесших вакцинацию знакомых, желание создать безопасную обстановку для близких, свободно перемещаться по стране и миру, более легко перенести коронавирус при возможном заражении, а также мнение о необходимости всеобщей вакцинации для устранения опасности COVID-19.

2. Основными связанными с отказом от вакцинации факторами являются: мужской пол, высокая ситуативная тревожность, мнение о вакцинации, как о ненадежной мере снижения опасности COVID-19, получение информации о пандемии и вакцинации от знакомых сотрудников медицинских учреждений, желание самостоятельно выработать иммунитет от COVID-19 переболев этим вирусом, наличие иммунитета после перене-

сения коронавируса в прошлом, опасения о наличии побочных эффектов после введения препарата.

3. Обобщая полученные результаты, правомочным будет вывод о том, что наиболее значимыми в принятии решения о вакцинации являются социальные представления о COVID-19 и вакцинации. То есть важнейшим фактором для принятия решения о вакцинации в обществе может и должно стать корректное информирование граждан о преимуществах процедуры вакцинации.

### Литература

1. Абабков В.А., Барышникова К., Воронцова-Венгер О.В., Горбунов И.А., Капранова С.В., Пологаева Е.А., Стуклов К.А. Валидизация русскоязычной версии опросника «Шкала воспринимаемого стресса-10» // Вестник СПбГУ. Серия 16: Психология. Педагогика. 2016. Т. 16. – № 2. – 6-15с.
2. Егорова М.С., Паршикова О.В, Митина О.В. Структура Российского варианта Шестифакторного личностного опросника HEXACO-PI-R // Вопросы психологии. 2019. – № 4. – 1-16с.
3. Корнилова Т.В., Чумакова М.А. Шкалы толерантности и интолерантности к неопределенности в модификации опросника С. Баднера // Экспериментальная психология, 2014. №1. – 92-110с.
4. Митина О.В., Рассказова Е.И. Методика исследования самоуправления Ю. Куля и А. Фурмана: психометрические характеристики русскоязычной версии // Психологический журнал. 2019. Т.40. – № 2. –111-127с.
5. Первичко Е.И., Митина О.В., Степанова О.Б., Конюховская Ю.Е., Дорохов Е.А. Восприятие COVID-19 населением России в условиях пандемии 2020 года // Клиническая и специальная психология. 2020а. Т. 9. – № 2. – 119-147с.
6. Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б., Мазо Г.Э., Незнанов Н.Г., Касьянов Е.Д., Рукавишников Г.В., Макаревич О.В., Хобейш М.А. Структура тревожных переживаний и стресс как факторы готовности к вакцинации против коронавирусной инфекции. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2021. Т. 55. – № 2. – 52-61с.
7. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. – Ленинград: ЛНИИТЕК, 1976.
8. Шварцер Р., Ерусалем М., Ромек В. Русская версия шкалы общей самооффективности Р. Шварцера и М. Ерусалема // Иностранная психология. 1996. – № 7. – 71-77с.

9. Ashton M.C., Lee K., Son C. Honesty as the sixth factor of personality: Correlations with machiavellianism, primary psychopathy, and social adroitness // *European Journal of Personality*. 2000. Vol. 14(4). – P. 359–368.
10. Karlsson L.C., Soveri A., Lewandowsky S., Karlsson L., Karlsson H., Nolvi S., Karukivi M., Lindfelt M., Antfolk J. Fearing the disease or the vaccine: The case of COVID-19. *Pers Individ Dif*. 2021 Apr;172:110590.
11. Kuhl J., Fuhrmann A. Decomposing self-regulation and self-control: The volitional components inventory // *Motivation and self-regulation across the lifespan* / Eds. J. Heckhausen, C. Dweck. Cambridge: Cambridge University Press. 1998. – P. 15–49.
12. Malik, A.A., McFadden, S.M., Elharake, J., & Omer, S.B. Determinants of COVID-19 vaccine acceptance in the US. *EClinicalMedicine*. 2020. Vol. 26, 100495.
13. Robertson E., Reeve K.S., Niedzwiedz C.L., Moore J., Blake M., Green M., Katikireddi S.V., Benzeval M.J. Predictors of COVID-19 vaccine hesitancy in the UK household longitudinal study. *Brain Behav Immun*. 2021, May; Vol. 94/ P. 41-50.
14. Ruiz J., Bell R. Predictors of Intention to Vaccinate Against COVID-19: Results of a Nationwide Survey. *Vaccine*. 2021. Vol. 39.
15. 15. Wiysonge, C. S., Ndwandwe, D., Ryan, J., Jaca, A., Batouré, O., Anya, B. M., & Cooper, S. (2022). Vaccine hesitancy in the era of COVID-19: could lessons from the past help in divining the future? *Human vaccines & immunotherapeutics*. 2021. Vol. 18, No 1. – P. 1–3.

**Феофанов Василий Николаевич**

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ АМПУТАЦИЮ КОНЕЧНОСТИ**

**Аннотация.** В статье проводится девять биографий людей с отсутствующими конечностями, перенесших ампутацию, получивших ранение или травму, которые преодолевают свои физические ограничения и достигают невероятных результатов. **Делается вывод о том, что** психологический анализ эмоционально-волевой сферы и поведения лиц, перенесших ампутацию конечности, требует дальнейшего изучения.

**Ключевые слова:** ампутация конечности, биографический метод, инвалидизация, инвалид, воля, физические увечья и их влияние на психику.

**Постановка проблемы.** Частичная или полная утрата одной или нескольких конечностей (ампутация) является крайней мерой в хирургии, которая проводится для сохранения жизни пациента, пострадавшего от тяжелой травмы, ранения или инфекции. По статистике ежегодно в России проводится 70 тысяч операций по ампутации конечностей, а протезами уже пользуются почти полмиллиона человек. Причинами являются: травматические поражения, автомобильные аварии, последствия сахарного диабета, атеросклероз с последующим отмиранием, некрозом тканей, гангрена из-за ожогов, обморожений, воздействия химических веществ, трофические язвы, которые в течение продолжительного времени не поддаются лечению.

Особую остроту эта проблема приобретает в связи с появлением большого числа инвалидов с ампутацией конечности, остающихся после вооруженных конфликтов. В военное время количество операций по поводу удаления периферической части тела возрастает в 2-3 раза. В период Афганской войны (1979 – 1989 гг.) было ранено и контужено 53 753 солдата СССР; в период Чеченской войны (1994 - 1996 гг.; 1999 - 2000 гг.) – 35 343, у большинства из них оформлена инвалидность.

Отсутствие одной или нескольких конечностей, как правило, является причиной стойкой утраты трудоспособности, ограничений иных значимых сфер жизнедеятельности различной степени, в итоге приводит к инвалидизации и комплексу проблем, обусловленных статусом инвалида.

Вследствие ампутации возникает не только значительное ухудшение соматического здоровья, но и, как правило, отчетливые психологические нарушения, что подтверждается данными отечественных и зарубежных исследований [2, 6].

Столь значимый аспект данной проблемы, как психологические последствия травм и ампутаций, до настоящего времени остается недостаточно изученным. Современные достижения хирургии оставляют психологические проблемы хирургических больных, в известной степени, на втором плане. В то же время психологические факторы, и особенно личность больного оказывают существенное влияние на процесс выздоровления [2]. Они имеют также большое значение и на этапе отдаленных последствий ампутации, когда первоочередной целью реабилитации становится успешная социальная интеграция инвалида, а важнейшим направлением реабилитационной работы – психологическая (личностная) реабилитация [2].

По сравнению с плановыми ампутациями, выполняемыми после длительной болезни, травматическая или неожиданная ампутация конечности приводит к значительному увеличению частоты посттравматического стрессового расстройства, преобладанию негативных эмоций, таких как

отчаяние, гнев, страх, печаль, тревога, фрустрация, враждебность или депрессивное расстройство с суицидными тенденциями. Некоторые люди могут испытывать сильные приступы гнева, направленного на себя из-за своей неспособности делать что-либо или несправедливости по отношению к себе. Другие направляют свои негативные эмоции на других людей, которые стараются им помочь. Практически мгновенно развившаяся депрессия нередко приводит к попыткам суицида, который видится человеку наиболее простым и очевидным способом решения своих проблем и проблем своих близких. Спектр эмоций может быть ограниченным, но способы их выражения широко варьируются.

Внезапность происходящего воспринимается пострадавшим гораздо острее и болезненнее, сопровождаясь потерей смысла жизни, ощущением краха всех планов, надежд и ожиданий. Как правило, перенесшие ампутацию, теряют интерес к жизни в целом и к тем занятиям, которые раньше обладали смыслом и доставляли удовольствие, а также испытывают чувство отгороженности от других людей.

Пострадавший человек воспринимает себя другим и обычно неполноценным по сравнению с периодом до ампутации, и это восприятие может активировать негативные когнитивные установки, связанные с катастрофизацией его будущей функциональности и адаптации.

В качестве основных индивидуально-психологических особенностей людей с ампутированными конечностями исследователи отмечают нарушение образа тела и непринятия своего физического дефекта, нарушение образа Я, его Я-концепции как совокупности всех представлений индивида о себе, сопряженной с их оценкой. «Я-концепция» определяет не только то, что собой представляет индивид, но и то, что он о себе думает, как он понимает то, что думают о нем другие, как видит свое будущее.

В случае потери конечности, человек сталкивается с физическими и психологическими изменениями, которые могут повлиять на его образ жизни и привычки. Некоторые люди с этим типом увечья могут обращаться к вредным привычкам, таким как курение, употребление алкоголя или наркотиков. Это может быть попыткой забыть о своих проблемах или проявлением депрессии.

В результате наступления инвалидности, потере функциональных способностей у человека может резко измениться спектр социальных ролей. Этому может способствовать вынужденный отказ от привычной профессиональной деятельности, изоляция от привычного социального окружения, превращение в объект семейной опеки.

Ампутация конечностей воспринимается человеком как трагедия, является переломным событием и может рассматриваться как психологический кризис личности, быть причиной дезадаптивного поведения (в виде

конфликтности, агрессивности, изоляции и признания слабости) в настоящем и будущем. Человек, потерявший конечность, проживает определенные стадии горевания: отрицание, гнев, торг, депрессию и, наконец, принятие утраты. Прохождение какой-либо из этих стадий нельзя избежать, а предсказать сколько продлится каждая – невозможно. Благодаря работе с психологом человек, переживший ампутацию, сможет быстрее пройти все стадии, принять неизбежное, вновь почувствовать радость и вкус жизни.

Совместные действия специалистов по социальной работе, психологов, реабилитологов направлены на активизацию личностных ресурсов человека с инвалидностью и достижение его выхода из трудной жизненной ситуации, а также преодоление депрессивного состояния. Результатом в большинстве случаев является полное или частичное восстановление способностей инвалида к бытовой, общественной и профессиональной деятельности. Реабилитация и психологическая адаптация к новому состоянию организма зачастую продолжается несколько лет и требует длительное стационарное и амбулаторное лечение. Однако, даже в случае самого благоприятного варианта течения заболевания, возникает острая необходимость в психологической реабилитации не только пациента, но и членов его семьи.

В системе комплексной реабилитации лиц, перенесших ампутацию конечности, в последнее время все большее внимание уделяется немедикаментозным средствам (аутогенная тренировка, смехотерапия, арт-терапия и лечебная физическая культура). Аутогенная тренировка основывается на мышечной релаксации, самовнушении и самовоспитании. Смехотерапия способствует снижению напряжения, болезненные эмоции уступают положительным, вырабатываются эндорфины, дающие ощущение эйфории, удовольствия. При проведении смехотерапии используют как классические формы, так и нетрадиционные (йога смеха). Арт-терапия дает выход агрессии и другим негативным эмоциям, облегчает процесс лечения. Лечебная физическая культура направлена на восстановление координации в движениях верхних и нижних конечностей, ускорение заживления послеоперационного шва, восстановление тканей на культе, недопущение развития контрактур в суставах и мышцах, поддержание мышечного тонуса, и пр. Итог успешной реабилитации – получение протеза для ходьбы. Все реабилитационные мероприятия направлены на подготовку инвалида к протезированию. Современные протезы могут частично или полностью восстановить утраченную двигательную активность ампутанта. Но для того, чтобы протез не был проблемой, а стал другом и помощником, нужно подготовить культуру.

В соответствии с рекомендациями специалистов в области социальной и психологической работы для пациентов, утративших способность исполь-

зовать свои возможности в полной мере, необходимо проводить индивидуальные или групповые формы терапии, такие как беседы, коллективные игры, тренинги, которые способствуют лучшему и более эффективному вовлечению и адаптации инвалида к привычной среде жизнедеятельности [4]. Человеку важно озвучить окружающим свою историю и получить информацию о решении этой проблемы другими пациентами. Необходимо, чтобы человек смог положительно реагировать на собственное «Я» после ампутации и поверил в то, что качество его жизни может быть не хуже, чем раньше, а психолог способствовал бы возвращению мотивации к развитию и реабилитационным процедурам [3]. Социально-психологические тренинги должны обеспечивать нивелирование последствий психотравмирующих ситуаций, нервно-психической напряженности, прививать социально ценные нормы поведения людям, преодолевающим асоциальные формы жизнедеятельности, формировать личностные предпосылки для адаптации к изменяющимся условиям.

В качестве одного из способов повышения адаптивности поведения людей с ампутацией конечностей выступают стратегии совладающего поведения или копинг-стратегии [1]. Они имеют широкий ранг – от строгого соблюдения приема лекарств, диеты, режима, лечебных и реабилитационных процедур (копинг, фокусирующийся на проблеме) до попыток сохранения эмоционального равновесия (копинг, фокусирующийся на эмоциях) или когнитивного переструктурирования.

**Цель статьи** – на основе биографического метода выяснить, как люди с отсутствующими конечностями, перенесшие ампутацию, получившие ранение или травму реализуют себя в различных сферах социальной жизни. В данном случае биографический метод основан на изучении жизненного пути **девяти** активных личностей **через их опыт** преодоления инвалидности. Ниже приведены характеристики взрослых людей с отсутствующими конечностями с указанием их основных достижений.

### **Изложение основного материала исследования**

**Вуйчич Николас Джеймс (Ник)** (сербохорв. Nick Vujičić / Ник Вујичић; род. 4 декабря 1982, Мельбурн, Австралия) – австралийский писатель и меценат, мотивационный оратор, рожденный с синдромом тетраамелии – редким наследственным заболеванием, приводящим к отсутствию всех четырех конечностей. С рождения обладал одной частичной стопой с двумя сросшимися пальцами; это позволило мальчику после хирургического разделения пальцев научиться ходить, плавать, кататься на скейте, серфинговой доске, работать на компьютере и писать.

Несмотря на физические недостатки, он начал ходить в школу для инвалидов, но, как только в начале 1990-х годов закон австралийского штата

Виктория об инвалидах изменился, родители настояли на том, чтобы их сын стал посещать обычную школу.

В десять лет Николас решил утопиться. Он сказал маме, что хочет искупаться, и попросил отнести его в ванну. Вот что он вспоминает об этих минутах: *«Я пытался повернуться лицом в воду, но было очень сложно удержаться в таком положении. У меня ничего не получалось. Но за это короткое время я очень четко представил картину своих похорон – вот стоят мои папа и мама... И тут я понял, что не могу причинить им боль, не могу себя убить. Ведь все, что я видел от родителей, – это огромную любовь ко мне».*

В возрасте 21 года Ник Вуйчич окончил Университет Гриффита в Брисбене, получив двойную степень бакалавра коммерции – в области бухгалтерского учета и финансового планирования.

С 1999 года он начал выступать в церквях, тюрьмах, школах и детских приютах и вскоре открыл некоммерческую организацию «Жизнь без конечностей» (англ. *Life Without Limbs*), начав благотворительную деятельность и помогая инвалидам по всему миру.

Он объездил много стран мира, выступая в школах, университетах и других организациях. Участвует в телешоу и пишет книги. Его первая книга «Жизнь без границ. Путь к потрясающе счастливой жизни» (англ. *Life Without Limits: Inspiration for a Ridiculously Good Life*) вышла в 2010 году, а в 2012 году была переведена на русский язык.

28 и 29 марта 2015 года Ник Вуйчич впервые выступил в России (в Москве и Санкт-Петербурге) с мотивационной лекцией «Жизнь без границ». Россия стала 55-й страной, в которой он выступил с мотивационным призывом жить и бороться. На своем выступлении в стенах Общественной палаты РФ он призвал: *«Все начинается с мечты! Да, не каждая мечта сбывается. Но я видел множество людей, которые достигали своих целей... Поэтому мечтайте. И мечтайте по-крупному».*

11 апреля 2015 года принял участие в ток-шоу «Сегодня вечером с Андреем Малаховым» на Первом канале российского телевидения, а еще через год – в двух выпусках его же программы «Пусть говорят».

18 октября 2017 года Ник читает лекцию «Мотивация к жизни» на Всемирном фестивале молодежи и студентов в Сочи.

27 ноября 2017 года он принял участие в форуме «Synergy Global Forum 2017» в Москве.

**Костомаров Роман Сергеевич** (род. 8 февраля 1977, Москва) – российский фигурист, выступавший в танцах на льду в паре с Татьяной Навкой. В паре с ней – олимпийский чемпион 2006 года, двукратный чемпион мира, трехкратный чемпион Европы, трехкратный победитель финалов Гран-при и трехкратный чемпион России. Заслуженный мастер спорта России.

10 января 2023 года Костомарова госпитализировали с пневмонией в реанимацию больницы в Коммунарке в крайне тяжелом состоянии. Тесты на COVID-19 и грипп показывали отрицательные результаты. Более девяти дней спортсмен был подключен к аппарату искусственной вентиляции легких и введен в медикаментозную кому. С 19 января 2023 года в состоянии фигуриста началась положительная динамика по части пульмонологии.

Однако длительное подключение к аппарату экстракорпоральной мембранной оксигенации привело к нарушению кровообращения, вызвавшему проблемы с мелкими сосудами пальцев рук и ног. Началось постепенное отмирание тканей конечностей, и было принято решение об ампутации пальцев ног, где уже распространялась гангрена. 6 февраля 2023 года была проведена операция с целью убрать некроз. В итоге фигуристу ампутировали обе стопы. Позднее стало известно о более серьезных ампутациях. Ему поставили инвалидность 1 группы.

26 февраля 2023 года появились сведения, что пациент стабилен и постепенно выходит из медикаментозного сна, 4 марта – что стал немного двигаться, а 17 марта – что находится в сознании и может говорить.

В последних числах марта 2023 года распространение некроза было остановлено, физическое и психическое здоровье Костомарова в целом стало улучшаться, и появилась возможность рассуждать о перспективах реабилитации. Спортсмен готовился к протезированию. 26 июня 2023 года Костомаров опубликовал видео тренировки на велотренажере с протезами на обеих ногах. 6 июля 2023 года в удовлетворительном состоянии был выписан из больницы, всего провел в Коммунарке 175 дней.

В августе 2023 года спортсмен впервые после ампутации обеих стоп (по меньшей мере) вышел на лед, с успехом приняв участие в шоу Ильи Авербуха, в паре с Татьяной Навкой.

**Лонг Джессика** (англ. *Jessica Tatiana Long*; урожд. Татьяна Олеговна Кириллова; род. 29 февраля 1992, Братск, Россия) – паралимпийская американская пловчиха. Многократная чемпионка паралимпиад, чемпионатов мира, рекордсменка мира среди спортсменов без ног.

Она стала первым ребенком 18-летней Натальи Кирилловой и 17-летнего Олега Валтышева, которые на тот момент не были женаты. Незамужняя девушка стыдилась ранней беременности и долгое время скрывала ее.

Первенец пары родился в срок, но с серьезной патологией: у девочки не было малых берцовых костей и костей стопы. Врачи и родственники требовали от Натальи, чтобы она отказалась от ребенка с инвалидностью. Так девочка, которую называли Таней, оказалась в детском доме в Иркутске, где провела долгих 13 месяцев.

В это время за океаном, в Балтиморе, штат Мэриленд, американская пара мечтала о пополнении в семье. У Стивена и Элизабет Лонг уже было

двое детей, но из-за проблем со здоровьем снова стать родителями они не могли. Поэтому супруги задумались об усыновлении. Они осознанно хотели принять в семью малышей, которые нуждались в помощи, поэтому выбрали мальчика с заячьей губой и девочку с фибулярной гемимелией, живших в одном детском доме.

В марте 1993 года Стивен Лонг поехал в Иркутск и забрал детей домой. В США Татьяна стала Джессикой, а ее русский «брат» получил имя Джошуа. Уже после усыновления у Лонгов неожиданно родились еще две девочки, и семья увеличилась до 8 человек. Стивен и Элизабет никогда не делали тайну из усыновления, но не разделяли детей и любили всех одинаково. К слову, Джессика никогда не чувствовала себя приемным ребенком и ощущала себя частью большой семьи Лонг.

Когда девочке было полтора года, ей ампутировали ноги ниже колена. Всего по мере взросления она перенесла 12 операций, которые очень закалили ее характер.

Родители прививали детям любовь к спорту с ранних лет. В детстве упорная и целеустремленная Джессика успела попробовать силы в катании на коньках, скалолазании и гимнастике, но в итоге нашла себя в плавании. Малышка могла часами находиться в бассейне в доме у бабушки и дедушки. В воде она забывала, что у нее нет ног, представляла себя русалкой.

Спортивная карьера Джессики Лонг началась в возрасте 10 лет. Бабушка увидела в газете объявление о наборе в детскую секцию по плаванию и отвела туда внучку. Уже совсем скоро Джессика начала опережать физически здоровых девочек. К слову, дети в секции не замечали ее инвалидности, а видели в ней соперницу и подругу. Именно это доброе отношение, по воспоминаниям спортсменки, во многом повлияло на ее дальнейшие успехи в бассейне.

Первые Паралимпийские игры, в которых участвовала Джессика Лонг, состоялись в 2004 году в Афинах. Пловчихе на тот момент было всего 12 лет, и она не ожидала, что ее возьмут в национальную команду. На своей самой первой паралимпийской гонке Джессика буквально вырвала золотую медаль в напряженной борьбе с рекордсменкой мира: при развороте на полпути юная американка была пятой, но на последних 15 метрах взяла себя в руки и неожиданно выиграла. Из столицы Греции пловчиха увезла домой 3 золотые медали.

Именно та первая гонка положила начало фантастической карьере Джессики Лонг. На Паралимпийских играх в Пекине параатлетка выиграла 4 золотых, серебряную и бронзовую медали.

На Играх в Лондоне в 2012 году она подтвердила чемпионский титул, завоевав 5 золотых, 3 серебряные и бронзовую медали.

На Паралимпийских играх в Рио-де-Жанейро Лонг было 24 года. На турнире американская пловчиха пополнила копилку золотой, 3 серебряными и 2 бронзовыми наградами, став 13-кратной паралимпийской чемпионкой.

Помимо этого, за профессиональную карьеру Джессика установила многочисленные мировые рекорды на различных дистанциях.

**Мински Алекс** (англ. *Alex Minsky*; 7 ноября 1988, Калифорния, США) – капрал морской пехоты в отставке, ставший моделью.

31 мая 2009 года во время службы в Афганистане он подорвался на самодельном взрывном устройстве. Итог – 47 дней в коме, 17 месяцев в больнице, ожоги, черепно-мозговая травма и ампутация правой ноги ниже колена. Сначала Алекс впал в депрессию и начал пить, однако, спустя какое-то время решил, что он так просто не сдастся, и стал работать над собой.

Алекс начал ходить в тренажерный зал два раза в день, и именно это изменило его жизнь. На выходе из спортивного клуба на него обратил внимание фотограф Майкл Стоукс. Лицо киноактера, brutальные татуировки, спортивная фигура и боевая травма – сочетание действительно нетривиальное. Скандальные снимки полуобнаженного бывшего военного мгновенно принесли славу и Мински, и Стоуксу. Сейчас Алекс работает не только фотомоделью, украшая страницы многих глянцевого журналов, но и мечтает об актерской карьере.

*«Я не работаю для того, чтобы стать очередной топ-моделью по-американски»,* говорит Мински. *«Я просто работаю, чтобы быть собой».* *«Я хочу, чтобы люди смотрели на меня и не сдавались, –* говорит он. *– Никогда не сдавались».*

**Папанов Анатолий Дмитриевич** (31 октября 1922, Вязьма, Смоленская губерния, РСФСР – 5 августа 1987, Москва, СССР) – советский актер театра и кино, театральный педагог и режиссер; народный артист СССР (1973), лауреат Государственной премии РСФСР имени братьев Васильевых (1966) и Государственной премии СССР (1989 – *посмертно*). Участник Великой Отечественной войны.

В январе 1942 года был направлен в действующую армию, на фронт. В звании старшего сержанта командовал взводом зенитной артиллерии. 22 марта 1942 года попал в окружение под Харьковом и получил тяжелое ранение: взрывом ему сильно изуродовало правую ногу и оторвало на ней два пальца. Шесть месяцев провел в госпитале, в 21 год стал инвалидом третьей группы и первые несколько лет вынужден был ходить с тростью.

После фронта он пришел в ГИТИС. Перед приемной комиссией он предстал с палочкой и в линялой гимнастерке. Знаменитый актер Михаил Тарханов скептически оглядев хромого абитуриента, сказал: «Парень, ты одаренный, но как с ногой-то, будешь ходить без палки?» «Смогу!», – уверенно ответил Анатолий и к концу четвертого курса станцевал свой первый танец.

Первое время актер заказывал себе специальные ботинки, а потом приспособился и стал набивать башмак газетами, чтобы заполнить место отсутствующих пальцев. Глядя на то, как Папанов вальсирует, никто даже подумать не мог, что он инвалид.

**Ралстон Арон Ли** (англ. *Aron Lee Ralston*; род. 27 октября 1975, Марион, Огайо) – американский альпинист, известный тем, что в апреле 2003 года во время восхождения на один из горных склонов в штате Юта он был вынужден самостоятельно ампутировать себе кисть правой руки.

26 апреля 2003 года, в возрасте 27 лет, Арон оказался в чрезвычайно сложной ситуации. В одном из каньонов Юты (Blue John Canyon) альпинист провел 5 дней и 7 часов с зажатой под валуном правой рукой. Некоторый запас провизии помог Арону прожить в ловушке несколько дней, однако, когда еда и вода закончились, перед Ралстоном встал вопрос – жить или умереть. Альпинист нашел выход: он отрезал собственную руку и, кое-как справившись с травматическим шоком и риском сильной кровопотери, сумел пройти много миль под палящим солнцем. Он блуждал по пустыне до тех пор, пока не наткнулся на туристов из Нидерландов. Им удалось вызвать спасательный вертолет.

В настоящее время Арон Ралстон является примером мужества, символом героизма в горах. Он неоднократно появлялся в различных телешоу и на обложках журналов. В сентябре 2004 года вышла его автобиографическая книга «127 часов. Между молотом и наковальней» (англ. *Between a Rock and a Hard Place*). В 2010 году по материалам книги был снят художественный фильм «127 часов» режиссера Дэнни Бойла.

**Рив Кристофер Д'Олье** (англ. *Christopher D'Olier Reeve*; 25 сентября 1952 года – 10 октября 2004 года) – американский актер театра, кино и телевидения, режиссер, сценарист, общественный деятель. Наиболее известен по роли Супермена в классической квадрологии.

Он играл на пианино, был спортсменом, исполнял трюки в фильмах, дважды в одиночку перелетал Атлантику на маленьком самолете, был опытным наездником, яхтсменом, аквалангистом, дельтапланеристом. 27 мая 1995 года, упав с лошади во время скачек в Вирджинии, сломал шейные позвонки и оказался парализованным. Врачи не смогли поставить актера на ноги, но спасли ему жизнь, проведя уникальную операцию. Он был парализован ниже плеч, не мог самостоятельно дышать, а говорить мог лишь при помощи вставленного в трахею аппарата. К парализованной диафрагме актера врачи подсоединили электростимулятор, который вызывал сокращения главной дыхательной мышцы. С тех пор он посвятил свою жизнь реабилитационной терапии и совместно с женой открыл центр по обучению парализованных навыкам самостоятельного существования. Несмотря на травму, Кристофер Рив продолжал работать на телевидении,

сниматься в кино и участвовать в общественной деятельности. В 2003 году он был удостоен Mary Woodard Lasker Public Service Award (Ласкеровская премия – американская премия в области медицинских наук, которую вручают с 1946 года и рассматривают как «вторую Нобелевскую для США»).

**Уиттакер Том** (англ. *Tom Whittaker*; 1948, Йорк, Англия) был первым человеком с ограниченными возможностями здоровья, поднявшимся на вершину Эвереста.

Правую ногу Уиттакеру пришлось ампутировать после автомобильной аварии в 1979 году. После этой серьезной аварии он восстановил силы и продолжил заниматься альпинизмом, продолжал восхождения на горные вершины. Он получил образование в Университете штата Айдахо, США.

В 1981 году он основал Кооперативную группу для инвалидов на открытом воздухе в дикой природе (C.W.HOG) в Покателло, штат Айдахо. Живя в Айдахо, он был активным членом альпинистского сообщества юго-восточного Айдахо.

Его первая попытка покорения Эвереста состоялась в 1995 году.

27 мая 1998 года, со своей третьей попытки Уиттакер достиг вершины Эвереста, о которой мечтал всю жизнь, что сделало его первым человеком с ограниченными возможностями, совершившим этот подвиг.

Далее целью Уиттакера является восхождение на высочайшие вершины на всех семи континентах.

В 2006 году в Списке награжденных в честь Дня рождения королевы Уиттакер был назначен кавалером ордена Британской империи. В настоящее время Том живет в Прескотте, штат Аризона, со своей дочерью Джорджией.

**Фальк Питер Майкл** (англ. *Peter Michael Falk*; 16 сентября 1927, Нью-Йорк, США – 23 июня 2011, Беверли-Хиллз, Калифорния, США) – американский актер, продюсер, режиссер, сценарист. Наиболее известен по роли лейтенанта Коломбо в одноименном детективном телесериале. Актер дважды был номинирован на кинопремию «Оскар», 12 раз – на телепремию «Эмми» (получил пять этих премий) и 10 раз на «Золотой глобус» (получил одну такую премию). Всего за свою кинокарьеру актер сыграл в 109 художественных фильмах и телесериалах.

В трехлетнем возрасте правый глаз Фалька был хирургически удален из-за обнаружившегося у него злокачественного новообразования – ретинобластомы. Всю оставшуюся жизнь он носил стеклянный протез глаза. Несмотря на это, в детстве и отрочестве Фальк часто принимал участие в командных видах спорта, таких как бейсбол и баскетбол. В 1997 году в интервью журналу «Cigar Aficionado» Фальк рассказал: *«Помню, в школе, это было в классе десятом, судья отправил меня в аут на третьей базе, а я был уверен, что успею до нее добежать. Я был так зол, что вытащил свой стеклянный глаз и протянул ему со словами: «Попробуйте это». Я так смеялся, вы не поверите».*

## Основные выводы

Таким образом, приобретённые физические травмы, инвалидность создают особые социальные условия, изменяет качество и стиль жизни. Сможет ли адаптироваться человек к этой ситуации во многом зависит не от функционирования отдельных органов или систем организма, а от личности, от психики человека в целом.

Очевидно, что область психологии людей, подвергающихся ампутации конечностей, требует дальнейшего изучения. Одним из направлений исследований может стать психологический анализ эмоционально-волевой сферы и поведения лиц, перенесших ампутацию конечности.

Подобные психологические исследования имеют не только теоретическую, но и практическую значимость. Вдохновляющие истории реальных людей, которые смогли преодолеть свои физические ограничения и достичь невероятных результатов, доказывают, что сила воли и самодисциплина могут преодолеть любые преграды и стать источником новых интересов и способов самовыражения.

Пример других людей с инвалидностью, находящихся в схожей ситуации по здоровью, но ведущих активный образ жизни, может стать мотивом собственной активности для лиц с ОВЗ.

## Литература

1. Булгаков Н.П., Запесоцкая И.В. Совладающее поведение людей с ампутацией нижних конечностей: социально-психологический аспект // Научные ведомости. Серия Гуманитарные науки. 2017. № 28 (277). Выпуск 36. – С. 172-178.
2. Гордиевская Е.О. Психологические особенности инвалидов с двигательными нарушениями в результате травм конечностей // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии имени И.И. Мечникова Т. 8. № 3. – С. 172-175.
3. Гринин В.М., Шестемирова Э.И. О качестве жизни инвалидов-ампутантов в Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. № 28 (3). – С. 380-384.
4. Карташев В.П., Гольцов А.В., Иванова О.С., Семиряжко М.С. Образ физического «Я» как фактор адаптивного ресурса личности спортсменов, получивших тяжелые физические травмы // Теория и практика физической культуры. 2021. № 7. – С. 80-82.
5. Мостовая Л.И., Кривошеков Е.П., Ельшин Е.Б., Романов В.Е., Хорошилов М.Ю. Психотерапевтическая помощь в системе комплексной реабилитации лиц, перенесших ампутацию конечности // Вестник медицинского института «Реавиз». Реабилитация, Врач

- и Здоровье. 2021. № 3 (51). – С. 63-69. <https://doi.org/10.20340/vmi-gvz.2021.3.PSY.1>. (Дата обращения: 28.10.2023).
6. Щелкова О.Ю., Яковлева М.В., Усманова Е.Б., Сушенцов Е.А., Софронов Д.И. Психологическая адаптация и качество жизни пациентов, перенесших ампутацию нижней конечности в связи с онкологическим заболеванием // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2022. Т. 56. № 1. – С. 79-94. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-56-1-79-94>. (Дата обращения: 28.10.2023).
  7. Roşca A.C., Vasiu C.C., Burtăverde V., Mateizer A. Психологические последствия у пациентов с ампутацией конечности. Интерпретационно-феноменологический анализ // Фронт. Psychol. 2021, 12:537493. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.537493>. (Дата обращения: 28.10.2023).

**Некрутов Сергей Сергеевич**  
**Скрипник Людмила Юрьевна**

## **ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ У ИНСТРУКТОРОВ ВОЕННО-СПОРТИВНОЙ ПОДГОТОВКИ И ПАТРИОТИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ <sup>1</sup>**

**Аннотация.** В статье рассмотрены практические аспекты формирования психологической устойчивости инструкторско-педагогических кадров к действиям в экстремальных ситуациях различного характера.

**Ключевые слова:** экстремальная ситуация, психологическая устойчивость, инструктор, адаптационная мобильность, тренинг, паника, психотравмирующие факторы, военно-спортивная подготовка, стресс.

**Постановка проблемы.** Условия современного педагогического процесса требуют от педагогических кадров высокого уровня внутренней мобилизованности, понимания сущности происходящих ситуаций, характера их возможного развития и последствий. Следует понимать, что помимо общепедагогических проблем современного образования, связанных с излишней требовательностью родителей и законных представителей не-

---

<sup>1</sup> Статья подготовлена в рамках проведения работ по Государственному заданию Министерства просвещения Российской Федерации «Разработка методического обеспечения военно-спортивной подготовки и патриотического воспитания детей и молодежи», номер государственной регистрации 123070200007-8».

совершеннолетних как к деятельности образовательной организации в целом, так и к каждому отдельно взятому педагогу, военно-спортивная подготовка детей и подростков накладывает на инструкторско-педагогический состав дополнительную ответственность.

Реализация программ военно-спортивной подготовки сопряжена с контролируемым риском, по определению заложенном в таких видах деятельности, как перемещение на местности, проживание в палаточном лагере, огневая подготовка, преодоление полосы препятствий и многое другое. Данные ситуации могут из контролируемых стать опасными при вмешательстве дополнительных факторов, что поставит инструктора в условия экстренного принятия решения, выстраивания алгоритма рациональных и юридически грамотных действий.

Следовательно, инструкторско-педагогический состав должен быть готов к многозадачности, и в области психологической подготовки это означает необходимость формирования стрессоустойчивости [1] каждого будущего инструктора по военно-спортивной подготовке.

**Цель статьи** – данная статья раскрывает основные направления и методики формирования стрессоустойчивости и адаптационной мобильности в процессе профессиональной подготовки инструкторских кадров для реализации программ военно-спортивной подготовки детей и молодёжи.

**Изложение основного материала исследования.** Практический опыт по подготовке кадров для военно-спортивной работы с детьми и молодёжью нашей командой на базе Московского педагогического государственного университета (далее – МПГУ) прослеживается с 2017 года по программе профессиональной переподготовки «Военно-спортивные технологии в обучении граждан основам обороны и безопасности» с присвоением квалификации «Инструктор-методист по техническим и военно-прикладным видам спорта».

Основной контингент обучаемых – это лица, занимающие педагогические должности в образовательных и культурно-досуговых организациях, по роду деятельности реализующие программы военно-спортивной и военно-патриотической направленности. Как правило, это руководители военно-патриотических клубов и преподаватели Основ безопасности жизнедеятельности. В основе методики работы лежат военно-спортивные технологии – это комплексные решения, позволяющие уже сегодня совершить качественный скачок в сфере подготовки высокоэффективного мобилизационного ресурса, способного в любой момент железной стеной стать на защиту национальных интересов России и быть достойными приемниками славных воинских традиций своего Отечества.

Развивая учение Эюбовой Л.В. об адаптационной мобильности к действиям в чрезвычайных ситуациях, как особом качестве личности, позволяющем

эффективно выстраивать уникальный алгоритм реагирования на основании фундаментальных знаний о явлениях, лежащих в основе той или иной ЧС, приемлемых с точки зрения рациональности решения и при этом юридически верных способах действий [4], мы выявили транслируемость данного учения на формирование стрессоустойчивости, складывающейся из общих представлений о природе экстремальной ситуации, ее психотравматичном воздействии, методиках саморегуляции и управления неорганизованными массами людей. Также нами была выявлена и обоснована роль оборонно-спортивной подготовки в профилактике эпидемических заболеваний, как системная функция упорядочивания поведения и эмоциональной сферы человека и, как следствие, повышения его уровня устойчивости к заболеваниям [2].

Кроме того, следует понимать, что в случае возникновения любой экстремальной ситуации наиболее готовыми к адекватным действиям по определению являются сотрудники силовых структур [3], а инструктор военно-спортивной подготовки не имеет права быть менее подготовленным. Учеными доказано, что способны адекватно реагировать и принимать рациональные решения только 12% участников экстремальной ситуации в первые несколько минут, когда первичные действия являются системообразующими в минимизации последствий.

Инструктор военно-спортивной подготовки (далее – ВСП) сталкивается со следующими группами проблем:

- возможность негативного, крайне нежелательного, изменения стандартной педагогической ситуации с последующим управлением группой в ситуации неопределенности (возникновение травматического случая на тренинге; резкое ухудшение погодных условий на полевом выезде; непрогнозируемая реакция участника тренинга на неудачу; вмешательство третьих лиц в педагогический процесс, и т.д.);

- необходимость обучения тренируемого контингента саморегуляции, принятию адекватных решений в экстремальных ситуациях, эффективному выстраиванию коммуникации в коллективе, что требует от самого инструктора уверенного и вариативного владения данными техниками и методиками их преподавания;

- необходимость соблюдения личной психогигиены и профилактики профессионального выгорания вследствие перегруженности инструктора психотравмирующими и стрессогенными факторами в повседневной деятельности.

Для решения вышеозначенной проблемы нами в Учебно-методическом центре Военно-спортивной подготовки и патриотического воспитания МПГУ был разработан блок мероприятий и программ:

Модуль «Педагогика и психология военно-спортивной деятельности» в базовой программе подготовки инструкторов ВСП. Следует отметить, что основы педагогической психологии, в особенности подростковой, входя-

ли и входят в нашу программу с момента ее запуска в 2017 году, но постоянно обновляются и совершенствуются, отвечая вызовам времени.

Программа повышения квалификации «Формирование стрессоустойчивости и готовности к действиям в экстремальных ситуациях у психолого-педагогических кадров» – 36 ч.

Модуль «Психологическая подготовка» – 6 ч. в рамках программы «Доброволец», ориентированной на совершеннолетних граждан Российской Федерации, принявших решение пополнить ряды добровольцев СВО на основании Федерального закона № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» от 04.11.2022 г., – речь идет о создании добровольческих формирований в интересах Министерства Обороны Российской Федерации. Данный модуль преподается инструкторами, прошедшими обучение по программам, подготовленным также в Учебно-методическом центре Военно-спортивной подготовки и патриотического воспитания МПГУ.

Совместно с психологами, возглавляемыми к. псих. н., доц. Л.В. Сенкевич, нами разработаны и реализованы краткосрочные программы проведения тренингов по стрессоустойчивости для студентов и педагогов, включающие упражнения по развитию индивидуальной культуры саморегуляции, психогигиены педагога, а также разработанные совместно со специалистами Московского Морского центра ДОСААФ России методики управления неорганизованной толпой и противодействия панике.

Важной составляющей частью процесса формирования стрессоустойчивости и готовности действовать в экстремальных ситуациях любой этиологии являются практикоориентированные тренинги на полигонах, в процессе которых обучаемые в дозированном формате имеют возможность соприкоснуться с реальными стрессогенными факторами: пламя, холодная вода, неопределенность выбора, темнота, специально смоделированные эмоциональные реакции. Данная работа требует тщательной подготовки занятия, продуманного дебрифинга.

Результативность проводимой работы мы можем видеть в режиме супервизии при работе инструкторов, прошедших обучение, с подростками в профильных военно-спортивных лагерях по программам «Воин» и «Защитник будущего»: адаптационная мобильность сформирована, инструктор готов работать в режиме многозадачности, принимать адекватные решения при возникновении нестандартных ситуаций, в первую очередь социально-психологического характера, в общении с подростками, что объективно более сложно, чем реагирование на конкретную травму или аварию. В случае возникновения травмы существуют достаточно жесткие алгоритмы действий педагога, а в случае девиантного поведения подростка чаще всего приходится полагаться на здравый смысл и личную стрессоустойчивость.

## Выводы

Таким образом, основной подход в повышении стрессоустойчивости сотрудников, которым предстоит решать вопросы предложенной методики военно-спортивной подготовки детей и молодежи – это формирование адаптационной мобильности к действиям в ситуациях неопределенности и стресса, что достигается развитием аналитического мышления, мотивации сотрудника к педагогической деятельности в выбранном направлении, самодисциплине. Мы смогли выстроить эффективную систему психолого-педагогической поддержки будущих инструкторов, что выражается в изучении основ профилактики стресса, посттравматического стрессового расстройства, формировании адаптационной мобильности к действиям в экстремальных ситуациях. Спокойная уверенность инструктора в правильности и целесообразности своих действий является профессионально ценностным качеством. Все действия, мотивы, побуждения инструктора должны не просто основываться на базовых ценностях патриотизма, стремления максимально быть полезным своей стране, разделять ответственность за будущее нашей страны и подрастающих поколений.

## Литература

1. Сенкевич Л.В., Донцов Д.А., Донцова М.В., Поляков Е.А., Шаргин В.И. Механизмы психологической защиты личности. Коллективная монография. – Воронеж: Издательско-полиграфический центр «Научная книга», 2014. – 158с.
2. Скрипник Л.Ю., Некрутов С.С. Роль оборонно-спортивной подготовки в профилактике эпидемических заболеваний // ОБЖ. Основы безопасности жизни. 2020. – № 2. – 14-19с.
3. Чуманов Ю.В. Психологическое исследование ситуаций неопределенности ориентиров поиска в профессиональной деятельности сотрудников полиции // Таврический журнал психиатрии. 2018. – № 1(82). – 84-91с.
4. Эюбова Л.В. Формирование адаптационной мобильности в аспекте культуры безопасности [Текст] / Л. В. Эюбова // Воспитание школьников. 2012. – №2. – 55-59с.

## РЕДАКТОРЫ НАУЧНЫХ СТАТЕЙ В СБОРНИКЕ

**ДОНЦОВ Дмитрий Александрович,**  
**общее редактирование,**  
**ответственный редактор и составитель,**  
кандидат психологических наук, доцент,  
доцент кафедры методологии психологии факультета психологии  
ФГБОУ ВО  
«Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»,  
г. Москва, Россия.

**СЕНКЕВИЧ Людмила Викторовна,**  
**общее редактирование и составление,**  
кандидат психологических наук, доцент,  
доцент кафедры основ клинического психоанализа  
факультета психоанализа НОЧУ ВО «Московский институт  
психоанализа» (НОЧУ ВО «МИП»),  
организатор и руководитель целого ряда курсов  
профессиональной переподготовки Департамента  
дополнительного профессионального образования  
НОЧУ ВО «МИП»,  
г. Москва, Россия.

**РЯЗАНЦЕВА Светлана Викторовна,**  
**общее редактирование,**  
аспирант ФГБОУ «Российский государственный  
социальный университет»,  
практический психолог, психолог-консультант,  
вице-президент ассоциации «Международная ассоциация  
супервизоров,  
системных консультантов-психологов и феноменологов»,  
г. Санкт-Петербург, Россия.

**АВТОРЫ НАУЧНЫХ СТАТЕЙ В СБОРНИКЕ  
И НАЗВАНИЯ СТАТЕЙ ДАННЫХ АВТОРОВ  
СОГЛАСНО СЕКЦИЯМ КОНФЕРЕНЦИИ**

**Секция 1.**

**Психологическое сопровождение при возрастных, экзистенциальных и травматических кризисах: системно-феноменологический подход**

**Авторы научных статей по материалам работы данной секции и названия научных статей этих авторов последовательно по этой секции с УДК**

**Рязанцев Александр Николаевич: ЗАБОТА О ДЕТЯХ ИЗ ЗОН ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ: АКТУАЛЬНЫЕ ЗНАНИЯ И ОПЫТ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ, С ЦЕЛЬЮ РАЗВИТИЯ СПЕЦИФИЧЕСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ У ЗНАЧИМЫХ ВЗРОСЛЫХ И ПОМОГАЮЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ УДК 159.9.072.43**

**Рязанцев Александр Николаевич: СИСТЕМНО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С МАССОВОЙ ТРАВМОЙ И ГОРЕМ (ПО ОПЫТУ РАБОТЫ С РОДСТВЕННИКАМИ МОРЯКОВ, ПОГИБШИХ НА АТОМНОЙ ПОДВОДНОЙ ЛОДКЕ «КУРСК») УДК 159.9.072.43**

**Рязанцева Светлана Викторовна: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КЛИМАТ В ШКОЛЕ В КАЧЕСТВЕ КОНФЛИКТНОЙ СОЦИАЛЬНОЙ СРЕДЫ (СИСТЕМНО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В РЕШЕНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КОНФЛИКТОВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ) УДК 159.923.2**

**Кузнецова Маргарита Анатольевна: ИССЛЕДОВАНИЕ ВНУТРИЛИЧНОСТНОГО КОНФЛИКТА КАК ПОКАЗАТЕЛЯ ВОЗРАСТНОГО И ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОГО КРИЗИСОВ В СИСТЕМНО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОМ ПОДХОДЕ УДК 159.9.072.422**

**Орлова Елена Александровна, Гребенников Юлия Леонидовна: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АУТОАГРЕССИВНОМ РЕАГИРОВАНИИ НА КРИЗИСЫ ТРУДНЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЙ УДК 159.9.07**

**Андреев Александр Сергеевич: ВОЗМОЖНОСТИ АУТЕНТИЧНОЙ ИНТЕГРАТИВНОЙ СИСТЕМНОЙ ТЕРАПИИ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ВОЗРАСТНЫХ, ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫХ И ТРАВМАТИЧЕСКИХ КРИЗИСОВ УДК 159.9.019, 159.962.7, 159.98**

**Шагидаева Аза Батрудиновна:** ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПОДРОСТКАМ В КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ УДК 159.9.072.592

**Кулагина Ирина Юрьевна:** ПЕРЕЖИВАНИЕ ПОДРОСТКОВОГО КРИЗИСА: СТРЕМЛЕНИЕ К РИСКУ И СТАБИЛЬНОСТИ УДК 159.92

**Ушков Федор Игоревич, Кантицкий Олег Васильевич:** ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ И ИНДИВИДУАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ЛИЧНОСТИ КАК ПРАКТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА В ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ С ОСУЖДЕННЫМИ УДК 159.9

**Шамонина Татьяна Геннадьевна:** ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ С КЛИЕНТАМИ, ПЕРЕЖИВАЮЩИМИ КРИЗИС, С ПОЗИЦИИ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-АНАЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ УДК 159.98

**Томилина Инна Александровна:** ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С РАЗНЫМ СТАТУСОМ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ УДК 159.9

**Макрицкая Ирина Васильевна:** ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПИИ ПРИ ПТСР У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ УДК 159.9

**Гизатуллина Азалия Ришатовна:** ВЗГЛЯД НА ФЕНОМЕН СТРАДАНИЯ В ЛОГОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПОДХОДЕ УДК 159.9.019

**Богомягкова Оксана Николаевна:** КАУЗАЛЬНЫЙ ПОДХОД В РАБОТЕ С АУТОДЕСТРУКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ ПОДРОСТКОВ. РАБОТА В УСЛОВИЯХ КРИЗИСНОГО ЦЕНТРА И ЧАСТНОЙ ПРАКТИКИ УДК 159.923.2

## **Секция 2.**

**Клинико-психологическая диагностика и психотерапия эндогенной, психотравм и личностных расстройств**

**Авторы научных статей по материалам работы данной секции и названия научных статей этих авторов последовательно по этой секции с УДК**

**Сенкевич Людмила Викторовна:** ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ КЛИНИЧЕСКИХ И КРИЗИСНЫХ ПСИХОЛОГОВ В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНЫХ РЕАЛИЙ УДК 159.9.072

**Тарасенкова Ирина Александровна:** ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: ОПЫТ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЗОВ И ПСИХОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ УДК 159.9.072.5

**Смыслов Дмитрий Анатольевич:** О ФЕНОМЕНЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВРЕМЕНИ ЛИЧНОСТИ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВРЕМЕННЫХ АСПЕКТОВ ПОДСОЗНАНИЯ УДК 159.9.072

**Семенченко Анастасия Александровна:** КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ ДИСМОРФОФОБИЙ И ДИСФОРМАЦИЙ УДК 616.8

**Силенок Инна Казимировна:** УЛЬТРА-КРАТКОСРОЧНЫЕ МЕТОДЫ РАБОТЫ С ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ В ГЕНЕРАТИВНОМ ПОДХОДЕ УДК 159.9.07

**Протопопов Владимир Сергеевич, Васюткина Анна Сергеевна:** ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АВТОРСКОЙ МЕТОДИКИ «ДУША. ОБРЕТЕНИЕ ЧЕРЕЗ ИСТОКИ» В ПСИХОТЕРАПИИ СИСТЕМНОЙ ТРАВМЫ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИСТЕМНОЙ ЦЕЛОСТНОСТИ ЛИЧНОСТИ УДК 159.98

**Дещенко Елизавета Владимировна, Семенова Екатерина Романовна, Первичко Елена Ивановна:** КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА В РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ПОСТПАНДЕМИЙНЫЙ ПЕРИОД УДК 159.9.072

**Петренко Виктор Федорович, Конюховская Юлия Егоровна, Первичко Елена Ивановна, Дорохов Егор Андреевич, Шишкова Ирина Михайловна:** ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ДИСТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 УДК 159.9.072

**Кондратьева Мария Константиновна:** ВЫТЕСНЕНИЕ ПРИ СЕПАРАЦИИ В ДЕСТРУКТИВНЫХ СЕМЬЯХ: КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ И ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЕ ОСМЫСЛЕНИЕ УДК 159.964.21

### **Секция 3.**

**Методы и технологии психосоматической терапии травмы, посттравматических и стрессовых расстройств**  
**Авторы научных статей по материалам работы данной секции и названия научных статей этих авторов последовательно по этой секции с УДК**

**Сенкевич Людмила Викторовна, Тригубец Владимир Петрович:** ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ВЫВЕДЕНИЯ БОЙЦОВ ИЗ СОСТОЯНИЯ ОСТРОЙ СТРЕССОВОЙ РЕАКЦИИ УДК 159-9

**Григорьева Марина Анатольевна:** ПРАВОСЛАВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ СТРЕССА И ПТСР УДК: 159.98

**Донцова Маргарита Валерьевна:** ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ НАРУШЕНИЯХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ: ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА С ОТСРОЧЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ СОБЫТИЙ УДК 159.9.072

**Донцова Маргарита Валерьевна:** МЕТАФОРИЧЕСКИЙ ПОДХОД И АРТ-ТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ СПЕЦИФИЧНОСТИ УДК 159.9.072

**Клепцова Елена Юрьевна, Акулов Иван Алексеевич:** АЛГОРИТМ ПРЕОДОЛЕНИЯ СТРАХА ПОЛУЧЕНИЯ ТРАВМЫ У СПОРТСМЕНОВ УДК 159.9.072

**Поляков Евгений Анатольевич:** ПСИХОТЕХНИКА“ПРЕДМЕТ В ТЕЛЕ” В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ РИЛИВ-ПОДХОДЕ УДК: 159.98

**Самсонова Светлана Ивановна:** УРОВНИ ЗАКЛЮЧЕНИЯ КОНТРАКТА С КЛИЕНТОМ В РИЛИВ-ТЕРАПИИ КАК ИННОВАЦИОННОМ КОНСУЛЬТАТИВНОМ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ НАПРАВЛЕНИИ УДК 159.9

**Полякова Ольга Борисовна:** ТЕХНОЛОГИИ РАСШИРЕНИЯ СРЕДОВЫХ ГРАНИЦ В ПСИХОТЕРАПИИ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА УДК 159.922

**Тур Екатерина Юрьевна:** ПСИХОСОМАТИКА КАК КОМПОНЕНТ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В МЕДИЦИНСКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ УДК 364.266

**Янышева Вера Александровна, Донцов Дмитрий Александрович, Кольчугина Зинаида Александровна, Янышев Илья Константинович:** ЭМПИРИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ ЛИЧНОСТНОГО РАЗВИТИЯ ОРДИНАНТОВ В АУТООРДИНАЦИОННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ НА ПРИМЕРАХ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ЭМОЦИЙ И СМЫСЛОВ, ОПТИМИЗМА, СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ, СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ, САМОЭФФЕКТИВНОСТИ, СОЦИАЛЬНЫХ ЦЕННОСТЕЙ УДК 159.9.072.592

**Янышев Сергей Константинович:** ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭГО-СОСТОЯНИЙ ЛИЧНОСТИ В АУТООРДИНАЦИОННОМ НАПРАВЛЕНИИ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ УДК 159.9.072.592

**Данилина Валентина Александровна:** ПСИХОТЕХНОЛОГИЯ ЕСТЕСТВЕННО-ПСИХИЧЕСКОГО МЕТОДА В АУТООРДИНАЦИОННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ КАК ПОСЛЕДСТВИЙ ОСТРОГО СТРЕССА И ПТСР УДК 159.9.072.592

**Айдимирова Людмила Александровна:** ЕСТЕСТВЕННО-ПСИХИЧЕСКИЙ МЕТОД В КАЧЕСТВЕ ПСИХОТЕХНОЛОГИИ АУТООРДИНАЦИОННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ТРАВМ, ОСТРЫХ СТРЕССОВ И ПТСР УДК 159.9.072.592

**Кольчугина Зинаида Александровна, Донцов Дмитрий Александрович:** ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ПРОВЕРКА ЕСТЕСТВЕННО-ПСИХИЧЕСКОГО МЕТОДА АУТООРДИНАЦИОННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПОСРЕДСТВОМ КАЧЕСТВЕННОГО АНАЛИЗА ПРОТОКОЛОВ 15 СЕССИЙ С ОРДИНАНТОМ (КЛИЕНТОМ) УДК 159.9.072.592

**Кольчугина Зинаида Александровна:** СТАНОВЛЕНИЕ ЗРЕЛЫХ И ГАРМОНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ ЭГО ЛИЧНОСТИ ЕСТЕСТВЕННО-ПСИХИЧЕСКИМ МЕТОДОМ АУТООРДИНАЦИОННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ УДК 159.9.072.592

#### Секция 4.

**Нейропсихологическая диагностика и реабилитация при нарушениях развития, родовых травмах, ЧМТ и других повреждениях мозга**  
**Авторы научных статей по материалам работы данной секции и названия научных статей этих авторов последовательно по этой секции с УДК**

**Султанова Альфия Сергеевна:** НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К АНАЛИЗУ ПОСЛЕДСТВИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ТРАВМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ УДК 159.9

**Каменецкая Мария Игоревна:** НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ С ДИФФУЗНЫМ АКСОНАЛЬНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ УДК 159.91

**Шолина Мария Сергеевна:** ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦНС. ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ УДК 159.99

**Трофимова Наталья Борисовна:** РОЛЬ НАЦИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ НЕЙРОПСИХОЛОГОВ В РАЗРАБОТКЕ СТАНДАРТОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧАСТНО ПРАКТИКУЮЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ УДК 159.99

**Колесникова Екатерина Валерьевна: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БОС-ТЕРАПИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХОТРАВМ УДК 159.9.072.533**

#### **Секция 5.**

**Программы поддержки и реабилитации физического, психического, психологического и социального здоровья населения в современных условиях.**

Секция подготовлена и проведена при организационно-методической поддержке экспертов Союза «Здоровье Здоровых», Профессионального сообщества практик превентивной медицины Агентства стратегических инициатив и Международного клуба лидеров индустрии и культуры ЗОЖ.

**Авторы научных статей по материалам работы данной секции и названия научных статей этих авторов последовательно по этой секции с УДК**

**Макарова Татьяна Юрьевна: КОРПОРАТИВНЫЕ ПРОГРАММЫ ПО СОХРАНЕНИЮ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ РАБОТНИКОВ КАК НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ПРОДУКТИВНОСТИ ИХ ТРУДА УДК 613.86; 376**

**Эркенова Мариям Мустафаевна: ЭФФЕКТИВНЫЕ СТРАТЕГИИ ОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ КАК ПРЕДИКТОР ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ В СТУДЕНЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ УДК 159.9**

**Несивкина Ирина Владимировна: ПРОЯВЛЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ТРАВМАТИКИ В РЕШЕНИИ БИЗНЕС-ЗАДАЧ УПРАВЛЕНЦА УДК 159.9.07**

**Сагова Зурида Айсовна, Молочаев Алексей Константинович: СООТНОШЕНИЕ МОТИВАЦИИ ДОСТИЖЕНИЯ УСПЕХА И ИЗБЕГАНИЯ НЕУДАЧИ У БАДМИНТОНИСТОВ 16 – 23 ЛЕТ УДК 159.9.072**

**Первичко Елена Ивановна, Литовская Дарья Антоновна, Коноховская Юлия Егоровна, Дорохов Егор Андреевич, Шишкова Ирина Михайловна, Иргашев Никита Русланович: ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ НАМЕРЕНИЯ ВАКЦИНИРОВАТЬСЯ ОТ COVID-19 УДК 159.9.072**

**Феофанов Василий Николаевич: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ АМПУТАЦИЮ КОНЕЧНОСТИ УДК 159.9**

**Некрутов Сергей Сергеевич, Скрипник Людмила Юрьевна:** ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ У ИНСТРУКТОРОВ ВОЕННО-СПОРТИВНОЙ ПОДГОТОВКИ И ПАТРИОТИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ УДК 159-9

### **ФИО И РЕГАЛИИ АВТОРОВ СТАТЕЙ ДАННОГО СБОРНИКА ПО АЛФАВИТУ**

**АЙДИМИРОВА Людмила Александровна:** психолог-супервизор аутоординационного направления психологии и психотерапии в ООО «Международный институт психологии и психотерапии аутоординационного направления», г. Москва, Россия.

**АКУЛОВ Иван Алексеевич:** реабилитолог, тренер, г. Москва, Россия.

**АНДРЕЕВ Александр Сергеевич:** доктор психологических наук, доцент, профессор кафедры психологии ГБОУВОРК «Крымский инженерно-педагогический университет имени Февзи Якубова», г. Симферополь, Республика Крым, Россия.

**БОГОМЯГКОВА Оксана Николаевна:** кандидат педагогических наук, доцент, доцент кафедры психотерапии качества жизни НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа», г. Москва, Россия.

**ВАСЮТКИНА Анна Сергеевна:** клинический психолог, научный работник ООО «НИИ Системная психология», г. Санкт-Петербург, Россия.

**ГИЗАТУЛЛИНА Азалия Ришатовна:** кандидат филологических наук, доцент, доцент кафедры прикладной и экспериментальной лингвистики ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», г. Казань, Россия.

**ГРЕБЕННИКОВ Юлия Леонидовна:** кандидат психологических наук, доцент кафедры педагогической и социальной психологии ФГБОУ ВО «Государственный университет просвещения», г. Москва, Россия.

**ГРИГОРЬЕВА Марина Анатольевна:** магистр психологии, кандидат педагогических наук, доцент, генеральный директор ООО «Объединённая редакция», г. Рязань, Россия.

**ДАНИЛИНА Валентина Александровна:** психолог-супервизор аутоординационного направления психологии и психотерапии в ООО «Международный институт психологии и психотерапии аутоординационного направления», г. Москва, Россия.

**ДЕЩЕНКО Елизавета Владимировна:** студентка факультета психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», г. Москва, Россия.

**ДОНЦОВ Дмитрий Александрович:** кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры методологии психологии факультета психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», г. Москва, Россия.

**ДОНЦОВА Маргарита Валерьевна:** практикующий психолог, психолог-консультант, супервизор, кандидат психологических наук, доцент, заведующий кафедрой консультативной психологии факультета психотерапии и психологического консультирования НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа», г. Москва, Россия.

**ДОРОХОВ Егор Андреевич:** приглашённый исследователь лаборатории психологии общения факультета психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», г. Москва Россия.

**ИРГАСHEВ Никита Русланович:** приглашённый исследователь лаборатории психологии общения, факультета психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», г. Москва Россия.

**КАМЕНЕЦКАЯ Мария Игоревна:** магистр психологии, клинический психолог, нейропсихолог Центра практической нейропсихологии, медицинский психолог ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Минздрава России, г. Москва, Россия.

**КАНТИЦКИЙ Олег Васильевич:** психолог-консультант, г. Москва, Россия.

**КЛЕПЦОВА Елена Юрьевна:** практикующий психолог, психолог-консультант, доцент кафедры консультативной психологии факультета

психотерапии и психологического консультирования НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа», г. Москва, Россия.

**КОЛЕСНИКОВА Екатерина Валерьевна:** аспирант ФГБУН «Институт психологии РАН», психофизиолог Первой московской лаборатории БОС-терапии, г. Москва, Россия.

**КОЛЬЧУГИНА Зинаида Александровна:** заместитель генерального директора по информационному обеспечению и связям с общественностью в ООО «МИППАН», г. Москва, Россия.

**КОНДРАТЬЕВА Мария Константиновна:** кандидат философских наук, ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет имени А.И. Герцена», г. Санкт-Петербург, Россия.

**КОНЮХОВСКАЯ Юлия Егоровна:** доцент центра фундаментальной и консультативной персонологии Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», приглашённый исследователь лаборатории психологии общения, факультета психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», г. Москва Россия.

**КУЗНЕЦОВА Маргарита Анатольевна:** аспирант кафедры психологии ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет», г. Москва, Россия.

**КУЛАГИНА Ирина Юрьевна:** кандидат психологических наук, доцент, старший научный сотрудник, профессор кафедры «Возрастная психология имени профессора Л.Ф. Обухой», факультета Психология образования ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет, г. Москва, Россия.

**ЛИТОВСКАЯ Дарья Антоновна:** студент факультета психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», г. Москва, Россия.

**МАКАРОВА Татьяна Юрьевна:** кандидат психологических наук, эксперт ряда российских и международных организаций по вопросам здоровьесбережения, профилактики и психокоррекции нарушений поведения, создания доступной среды и психолого-педагогической поддержки людей с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья,

директор Института биотехнологии и глобального здоровья ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет», г. Москва, Россия.

**МАКРИЦКАЯ Ирина Васильевна:** студентка специалитета кафедры психологии, конфликтологии и бихевиористики ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет», г. Москва, Россия.

**МОЛОЧАЕВ Алексей Константинович:** студент факультета психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», Москва, Россия.

**НЕКРУТОВ Сергей Сергеевич:** начальник организационно-методического отдела Учебно-методического центра военно-спортивной подготовки и патриотического воспитания молодёжи ГБОУ ВПО «Московский педагогический государственный университет», г. Москва, Россия.

**НЕСИВКИНА Ирина Владимировна:** психолог, эксперт-психолог, сертифицированный специалист по системным решениям в организационных структурах, член Экспертного Совета Национальной ассоциации заслуженных врачей и наставников, академик Международной Академии менеджмента, директор центра позитивных технологий Unity («Юнити»), г. Москва, Россия.

**ОРЛОВА Елена Александровна:** доктор психологических наук, профессор, профессор кафедры общей психологии ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ»; профессор кафедры педагогической и социальной психологии ФГБОУ ВО «Государственный университет просвещения», г. Москва, Россия.

**ПЕРВИЧКО Елена Ивановна:** доктор психологических наук, доцент, доцент кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», г. Москва, Россия.

**ПЕТРЕНКО Виктор Фёдорович:** член-корреспондент РАН, доктор психологических наук, профессор, заведующий лабораторией психологии общения факультета психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», г. Москва Россия.

**ПОЛЯКОВ Евгений Анатольевич:** практический психолог, психолог-консультант, клинический психолог, психолог-психотерапевт, канди-

дат психологических наук, член-корр. АМТН, генеральный директор ООО «Центр психологической помощи Евгения Полякова», г. Москва, Россия.

**ПОЛЯКОВА Ольга Борисовна:** кандидат психологических наук, доцент, практический психолог, Центр психологии развития, г. Москва, Россия.

**ПРОТОПОПОВ Владимир Сергеевич:** клинический психолог, руководитель научной части ООО «НИИ Системная психология», член Общероссийской Профессиональной Психотерапевтической Лиги (OPPL), г. Пермь, Россия.

**РЯЗАНЦЕВ Александр Николаевич:** аспирант ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет», практический психолог, психолог-консультант, психолог-психотерапевт, директор ООО «Институт системных технологий и консультирования» (ИСТиК), г. Санкт-Петербург, Россия.

**РЯЗАНЦЕВА Светлана Викторовна:** аспирант ФГБОУ «Российский государственный социальный университет», практический психолог, психолог-консультант, директор ассоциации «Международная ассоциация супервизоров, системных консультантов-психологов и феноменологов», г. Санкт-Петербург, Россия.

**САГОВА Зурида Айсовна:** кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры методологии психологии, заместитель по учебно-методической работе декана факультета психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», г. Москва, Россия.

**САМСОНОВА Светлана Ивановна:** практический психолог, психолог-консультант, психолог-психотерапевт, психолог ООО «Центр психологической помощи Евгения Полякова», г. Москва, Россия.

**СЕМЕНОВА Екатерина Романовна:** выпускница факультета психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», г. Москва, Россия.

**СЕМЕНЧЕНКО Анастасия Александровна:** магистр психологии, аспирант по направлению подготовки «Психологические науки» в ФГБОУ ВО Российский государственный социальный университет, г. Москва, Россия.

**СЕНКЕВИЧ Людмила Викторовна:** кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры основ клинического психоанализа факультета психоанализа НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа» («МИП»), организатор и руководитель целого ряда курсов профессиональной переподготовки Департамента дополнительного профессионального образования («Департамента ДПО») НОЧУ ВО «МИП», г. Москва, Россия.

**СИЛЕНОК Инна Казимировна:** психолог, кризисный психолог, тренер тренеров, тренер супервизоров, Президент Межрегиональной общественной организации «Развитие психологической помощи», Вице-президент, действительный член, преподаватель международного уровня и аккредитованный супервизор ОППЛ, Председатель комитета по психологическому волонтерству ОППЛ, главный редактор психологической газеты «Золотая Лестница», психотерапевт Европейского и Всемирного реестров, руководитель горячей линии бесплатной психологической помощи, член Высших экспертных советов кафедр «Генеративная психотерапия» и «Нейро-лингвистическое программирование» Академии социальных технологий, почётный член Ассоциации спортивных психологов, член Союза писателей России, г. Краснодар, Россия.

**СКРИПНИК Людмила Юрьевна:** ведущий специалист Учебно-методического центра военно-спортивной подготовки и патриотического воспитания молодежи ГБОУ ВПО «Московский педагогический государственный университет», кандидат педагогических наук, доцент, доцент кафедры основ клинического психоанализа факультета психоанализа НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа», г. Москва, Россия.

**СМЫСЛОВ Дмитрий Анатольевич:** кандидат психологических наук, доцент, Doctor of science, honoris causa (IANH), г. Москва, Россия.

**СУЛТАНОВА Альфия Сергеевна:** клинический психолог, кандидат психологических наук, доцент, научный руководитель и ведущий специалист Центра нейропсихологической помощи детям и подросткам «Здоровое поколение», соучредитель Национальной ассоциации нейропсихологов, г. Москва, Россия.

**ТАРАСЕНКОВА Ирина Александровна:** клинический психолог, старший медицинский психолог филиала ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 4 имени П.Б. Ганнушкина» Департамента здравоохранения г. Москвы «Психоневрологический диспансер № 4», преподаватель

на программах профессиональной переподготовки «Клиническая психология» и «Клинико-психологическая диагностика и психотерапия» НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа», специалист в области патопсихологии, клинико-психологической диагностики, психотерапии, специальной психологии, сексологии, метафорических и арт-терапевтических техник; финалист конкурса «Московские мастера» - 2023, победитель в номинациях: «Покорение вершин профессиональной культуры» и «Приз зрительских симпатий», г. Москва, Россия.

**ТОМИЛИНА Инна Александровна:** студентка магистратуры «Психологическое консультирование и медиация в социальной сфере», направление подготовки – 44.04.02 «Психолого-педагогическое образование», ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный педагогический университет», г. Оренбург, Россия.

**ТРИГУБЕЦ Владимир Петрович:** студент 2-го курса Института истории и политики ГБОУ ВПО «Московский педагогический государственный университет», лейтенант полиции, г. Москва, Россия.

**ТРОФИМОВА Наталья Борисовна:** клинический психолог, генеральный директор сети интегративных центров нейропсихологии и ранней коррекции «Достижение», директор Национальной ассоциации нейропсихологов (НАН), г. Москва, Россия.

**ТУР Екатерина Юрьевна:** врач-педиатр общей врачебной практики, психосоматолог, нейропсихолог, специалист по телесно-ориентированной психотерапии, автор медитаций психосоматического профиля, основатель и преподаватель метода медитации ММСС, г. Санкт-Петербург, Россия.

**УШКОВ Фёдор Игоревич:** старший преподаватель кафедры экстремальной психологии председатель профсоюзной организации факультета психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», г. Москва, Россия.

**ФЕОФАНОВ Василий Николаевич:** кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры современной педагогики, непрерывного образования и персональных треков ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет», г. Москва, Россия.

**ШАГИДАЕВА Аза Батрудиновна:** кандидат психологических наук, доцент кафедры педагогики и психологии НОУ ВО «Московский социаль-

но-педагогический институт»; доцент кафедры налогового администрирования и правового регулирования АНОО ВО «Российский новый университет», г. Москва, Россия.

**ШАМОНИНА Татьяна Геннадьевна:** кандидат психологических наук, г. Москва, Россия.

**ШИШКОВА Ирина Михайловна:** кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и специальной психологии с курсом педагогики ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань, Россия.

**ШОЛИНА Мария Сергеевна:** клинический психолог, нейропсихолог, педагог-психолог ГБОУ Школа №1354 «Вектор», преподаватель кафедры нейро- и патопсихологии взрослых факультета общей и клинической психологии НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа», г. Москва, Россия.

**ЭРКЕНОВА Мариям Мустафаевна:** медицинский психолог, кандидат психологических наук, педагог-психолог ГБОУ «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи семье и детям» г. Пятигорска, психолог детской консультации РГБУЗ «Малокарачаевская центральная районная больница» с. Учкеекен Малокарачаевского района Карачаево-Черкесской республики, доцент кафедры психологии личности и профессиональной деятельности ФГБОУ ВО «Пятигорский государственный университет», г. Пятигорск, Россия.

**ЯНЫШЕВ Илья Константинович:** магистр психологии, практический психолог, заместитель генерального директора по учебно-производственной работе в ООО «Международный институт психологии и психотерапии аутоординационного направления», г. Москва, Россия.

**ЯНЫШЕВ Сергей Константинович:** психолог, преподаватель психологии, куратор практикумов в ООО «Международный институт психологии и психотерапии аутоординационного направления», г. Москва, Россия.

**ЯНЫШЕВА Вера Александровна:** кандидат психологических наук, генеральный директор ООО «Международный институт психологии и психотерапии аутоординационного направления», г. Москва, Россия;

## **КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ**

### **Общее редактирование и составление сборника:**

**Дмитрий Александрович ДОНЦОВ** (ответственный редактор-составитель), — кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры методологии психологии факультета психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»;

**Людмила Викторовна СЕНКЕВИЧ**, — кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры основ клинического психоанализа факультета психоанализа НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа»;

**Светлана Викторовна РЯЗАНЦЕВА**, — аспирант ФГБОУ «Российский государственный социальный университет», практический психолог, психолог-консультант, вице-президент ассоциации «Международная ассоциация супервизоров, системных консультантов-психологов и феноменологов».

## **КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ**

**Сборник научных статей по материалам Всероссийской, с международным участием, научно-практической конференции:**

**«ЖИЗНЬ ПОСЛЕ ТРАВМЫ:  
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ,  
ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ  
И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ».**

**27–28 октября 2023 года,**

**НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа»,  
г. Москва, Россия**

**Электронное издание сетевого распространения**

Подписано в печать в качестве электронного издания  
28.08.2024. Формат 60×90/16.  
Тираж 1000 эл. экз.

Московский институт психоанализа  
121170, Россия, Москва, Кутузовский проспект, д. 34, стр. 14  
Тел.: +7 (495) 933-26-83  
E-mail: [inpsycho@inpsycho.ru](mailto:inpsycho@inpsycho.ru)  
<http://www.inpsycho.ru>

