

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

*Counseling Psychology
and Psychotherapy*

**Гаранян Н.Г., Клыкова А.Ю., Сорокова М.Г. —
Перфекционизм, зависть и конкурентные
установки в студенческой среде**

*Garanian N.G., Klykova A. Yu., Sorokova M.G. —
Perfectionism, Envy and Hypercompetitiveness
among University Students*

**Мелёхин А.И. —
Применение когнитивно-поведенческой
психотерапии при лечении синдрома
беспокойных ног**

*Melehin A.I. —
Application of Cognitive-Behavioral Psychotherapy
in the Treatment of Restless Legs Syndrome*

**Памяти Исаака Яковлевича Гуровича:
репортаж о совместном заседании
московских отделений РОП и РПА**

*In the Memory of Isaac Ya. Gurovich:
the Joint Session of the Moscow Offices
of Russian Society of Psychiatrists
and Russian Psychotherapeutic Association*

2
2018

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

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

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Counseling Psychology and Psychotherapy

Том 26. № 2 (100) 2018 апрель—июнь

1992—2009

МОСКОВСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Москва
Moscow

ISSN 2075-3470

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

Главный редактор
А.Б. Холмогорова

Редакционная коллегия
Н.Г. Гаранян, В.К. Зарецкий, Э. Майденберг (США),
Н.А. Польская (зам. главного редактора), Е.В. Филиппова,
А.Б. Холмогорова, П. Шайб (Германия)

Редактор
А.Ю. Разваляева

Оригинал-макет
М.А. Баскакова

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

Вопросы подписки и приобретения:
27051, Москва, ул. Сретенка, 29, к. 305
Телефон: + 7 (495) 632-92-12
E-mail: moscowjournal.cpt@gmail.com

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

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

В оформлении обложки использован фрагмент картины
Л.Л. Каменева «У плотины»

**© ФГБОУ ВО МГППУ. Факультет консультативной
и клинической психологии, 2018**

Формат 60×84/16. Гарнитура NewtonС. Усл. печ. л. 10,46. Тираж 1000 экз.

-
- ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА**
- 5 *Холмогорова А.Б.*
Предисловие главного редактора
- ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**
- 7 *Гаранян Н.Г., Клыкova А.Ю., Сорокова М.Г.*
Перфекционизм, зависть и конкурентные установки в студенческой среде
- 33 *Федунина Н.Ю., Банников Г.С., Павлова Т.С., Вихристюк О.В., Баженова М.Д.*
Особенности совладания со стрессом у подростков с самоповреждающим и суицидальным поведением
- НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ**
- 53 *Мелёхин А.И.*
Применение когнитивно-поведенческой психотерапии при лечении синдрома беспокойных ног
- МАСТЕРСКАЯ И МЕТОДЫ**
- 79 *Дорожкин В.Р.*
Обучение консультированию в формате когнитивно-поведенческой психотерапии
- 92 *Бойко О.М., Маклин М.В., Ениколопов С.Н.*
Опыт обсуждения суицидальной тематики в амбулаторной группе поддержки людей, страдающих психическими заболеваниями
- 104 *Быкова В.И., Харьковский А.Н., Фуфаева Е.В., Лукьянов В.И., Сиднева Ю.Г.*
Восстановление сознания сквозь призму психологии: психологическая работа с ребенком, перенесшим тяжелую травму головного мозга
- 125 *Елфимова М.М.*
Нарратив как психотехническое средство в работе с личностной суверенностью подростка
- ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**
- 135 *Мордас Е.С., Харисова Р.Р.*
Беременность как стадия личностного развития женщины
- ИНТЕРВЬЮ**
- ПРОЕКТ «ДЕРЕВО КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ»
- 151 *Интервью с Н.Н. Толстых:*
«Я отношусь к той линии, которая связана с Божович»
- ДАЙДЖЕСТ ИССЛЕДОВАНИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ**
- 161 *Консультанты и психотерапевты за рубежом: обучение, квалификационные требования (на примере Великобритании и Нидерландов)*
- СОБЫТИЯ**
- 173 *Памяти Исаака Яковлевича Гуровича: репортаж о совместном заседании московских отделений РОП и РПА*

FROM THE EDITOR

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

EMPIRICAL RESEARCHES

- 7 *Garanian N.G., Klykova A.Yu., Sorokova M.G.*
Perfectionism, Envy and Hypercompetitiveness among University Students
- 33 *Fedunina N.Y., Bannikov G.S., Pavlova T.S.,
Vikhristyuk O.V., Bazhenova M.D.*
Coping With Stress in Adolescents with Self-Harm and Suicidal Behavior

RESEARCH REVIEWS

- 53 *Melehin A.I.*
Application of Cognitive-Behavioral Psychotherapy in the Treatment
of Restless Legs Syndrome

WORKSHOP AND METHODS

- 79 *Dorozhkin V.R.*
Counseling Training in the Format of Co-Therapy
- 92 *Boiko O.M., Maklin M.V., Enikolopov S.N.*
The Experience of Discussing Suicidal Topics in an Outpatient Support
Group for People with Mental Disorders
- 104 *Bykova V.I., Harkovskiy A.N., Fufaeva E.V., Lukyanov V.I., Sidneva Y.G.*
Recovery of Consciousness through the Prism of Psychology:
Psychological Work with Children after Severe Brain Injury
- 125 *Elfimova M.M.*
Narrative As a Psychotechnical Tool in Working with Personality
Sovereignty of the Adolescent

PSYCHOANALYTICAL STUDIES

- 135 *Mordas E.S., Kharisova R.R.*
Pregnancy As a Stage of Personal Development of a Woman

INTERVIEW

- 151 **PROJECT “A TREE OF CULTURAL-HISTORICAL PSYCHOLOGY”**
Interview with N.N. Tolstykh: “I Belong to the Tradition Developed
by Bozhovich”

**RESEARCH DIGEST IN CLINICAL PSYCHOLOGY
AND PSYCHOTHERAPY**

- 161 Counselors and Psychotherapists Abroad: Education and Qualification
Requirements (on the Example of Great Britain and The Netherlands)

EVENTS

- 173 In the Memory of Isaac Ya. Gurovich: the Joint Session of the Moscow
Offices of Russian Society of Psychiatrists and Russian
Psychotherapeutic Association

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА
FROM THE EDITOR

ПРЕДИСЛОВИЕ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Этот номер открывается рубрикой «Эмпирические исследования», представленной двумя статьями, в которых рассматриваются самые современные и острые проблемы психического здоровья молодого поколения. Нарастание эмоционального неблагополучия и суицидального риска у подростков и молодежи, несмотря на создание служб психологической помощи и многочисленные разработки в области консультирования и психотерапии, заставляет всерьез задуматься о макро-социальных факторах, стоящих за неблагоприятными эпидемиологическими тенденциями. В статье Н.Г. Гараян, А.Ю. Клыковой и М.С. Сороковой эти факторы обозначаются как неуклонный рост требований и ожиданий успеха и достижений со стороны взрослых — родителей, учителей, что становится причиной формирования в юношеском возрасте такой деструктивной черты, как перфекционизм. Исследования перфекционизма в нашей стране и за рубежом ведутся давно, однако в данной работе можно констатировать важный прорыв в поисках опосредующих звеньев между перфекционизмом и депрессией, что открывает практикам и исследователям новую зону поиска и приложения усилий в процессе психотерапии.

В статье Н.Ю. Федуниной, Г.С. Банникова, Т.С. Павловой, О.В. Вихристюк и М.Д. Баженовой представлены итоги масштабного популяционного исследования школьников, направленного на выявление группы риска с суицидальными наклонностями и самоповреждающим подведением. Изучены и описаны отличия подростков группы риска в аспекте типов и уровня стресса и способов совладания с ним, что также позволяет использовать эти результаты в практике оказания психологической помощи.

В номер включены материалы, посвященные разным направлениям психотерапии, что соответствует важному принципу редакционной политики — освещение разных школ и подходов. Так, еще об одной области применения когнитивно-бихевиоральной терапии читатель узнает из научного обзора А.И. Мелёхина, посвященного проблеме проведения психотерапии при синдроме беспокойных ног.

Для цитаты:

Холмогорова А.Б. Предисловие главного редактора // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 2. С. 5—6. doi: 10.17759/cpp.2018260201

В психоаналитической парадигме написана статья Е.С. Мордас и Р.Р. Харисовой, в которой авторы предпринимают попытку осмысления изменений, затрагивающих структуру личности и происходящих с женщинами во время беременности.

Самая объемная рубрика этого номера «Мастерская и методы». Давний, но по-прежнему актуальный спор о возможностях, преимуществах и трудностях работы когнитивных терапевтов стал предметом обсуждения в статье В.Р. Дорожкина. Особое значение эта проблематика приобретает в контексте современных принципов подготовки консультантов и психотерапевтов.

Для многих практиков актуальна проблема организации поддерживающей среды для пациентов с суицидальным риском. В статье О.М. Бойко, М.В. Маглина, С.Н. Ениколопова тактики обсуждения темы суицида с больными депрессией и другими психическими расстройствами рассматриваются в контексте групповой психологической работы.

В связи с растущим травматизмом среди детей, психологи все чаще сталкиваются с последствиями черепно-мозговых травм в форме нарушения и угнетения сознания. Как справляться с этими вызовами в формате комплексного подхода к реабилитации детей с тяжелыми травмами мозга, рассказывается в статье В.И. Быковой, А.Н. Харковской, Е.В. Фуфаевой, В.И. Лукьяновой, Ю.Г. Сидневой.

Наконец, в статье М.М. Елфимовой поднимается важный вопрос о методах помощи подростку в процессе становления его собственного, независимого Я, в формировании умений очертить и защитить свои психологические границы.

Мы продолжаем знакомить читателя с историями профессионального становления тех известных специалистов, которые сохраняют и развивают традиции культурно-исторической психологии. На этот раз «дерево» культурно-исторической психологии представляет Н.Н. Толстых.

Ставшая уже традиционной рубрика Елены Можаяевой «Дайджест клинической психологии и психотерапии» продолжает серию материалов предшествующих номеров о стандартах подготовки консультантов и психотерапевтов в разных странах — тема, не теряющая своей актуальности в ситуации отсутствия четких ориентиров и стандартов в образовании российских специалистов. Мы надеемся, что знакомство с опытом разных стран будет способствовать решению этой проблемы в России.

Заканчивается номер репортажем о научном событии, посвященном памяти И.Я. Гуровича — выдающегося отечественного психиатра, сыгравшего ключевую роль в создании клиник первого эпизода болезни для больных шизофренией в различных городах Российской Федерации. Члены Российского общества психиатров и Российской психотерапевтической ассоциации собрались на совместное заседание, чтобы почтить память этого замечательного ученого и обсудить передовой отечественный и зарубежный опыт помощи больным с тяжелыми психическими расстройствами.

А.Б. Холмогорова

For citation:

Kholmogorova A.B. From the Editor. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2018. Vol. 26, no. 2, pp. 5—6. doi: 10.17759/cpp.2018260201. (In Russ., abstr. in Engl.).

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
EMPIRICAL STUDIES

ПЕРФЕКЦИОНИЗМ, ЗАВИСТЬ И КОНКУРЕНТНЫЕ УСТАНОВКИ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ

Н.Г. ГАРАНЯН*,
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,
garanian@mail.ru

А.Ю. КЛЫКОВА**,
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,
coverforalex@ya.ru

М.Г. СОРОКОВА***,
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,
sorokovamg@mgppu.ru

Для цитаты:

Гаранян Н.Г., Клыкова А.Ю., Сорокова М.Г. Перфекционизм, зависть и конкурентные установки в студенческой среде // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 2. С. 7—32. doi: 10.17759/cpp.2018260202

* *Гаранян Наталья Георгиевна*, доктор психологических наук, профессор кафедры клинической психологии и психотерапии факультета консультативной и клинической психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, e-mail: garanian@mail.ru

** *Клыкова Александрия Юрьевна*, студентка, факультета консультативной и клинической психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, e-mail: coverforalex@ya.ru

*** *Сорокова Марина Геннадьевна*, доктор педагогических наук, кандидат физико-математических наук, профессор кафедры прикладной математики факультета информационных технологий, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, e-mail: sorokovamg@mgppu.ru

Отчеты консультативных служб университетов и данные эмпирических исследований фиксируют рост студенческой дезадаптации. Среди возможных факторов этого явления широко обсуждается перфекционизм. В настоящем исследовании в выборке 226 студентов российских вузов оценивались показатели перфекционизма, социальных сравнений, зависти и конкурентности. Студенты с выраженным перфекционизмом демонстрировали значимо более высокие показатели восходящих социальных сравнений по принципу контраста, зависти, гиперконкурентности и депрессии. Показатель зависти выступал статистически значимым медиатором связи между перфекционизмом и депрессией. Показатель «ориентации на социальное сравнение» также выступал фактором-медиатором этой связи, однако его вклад был существенно менее весомым. Полученные результаты обсуждаются в контексте современных моделей перфекционизма и прикладных задач.

Ключевые слова: перфекционизм, социальное сравнение, зависть, конкурентность, студенческая дезадаптация.

Введение

Студенческая дезадаптация становится насущной проблемой в сфере высшего образования многих стран. Наиболее информативные и систематизированные сведения о масштабах этого явления приводятся в отчетах руководителей центров психологического консультирования университетов и колледжей США, публикуемых с 1996 г. ежегодно (*National Survey of College Counseling Center Directors*). Еще в 2006 г. в очередном документе такого рода 60% респондентов утверждали, что количество студенческих обращений в их службы стало рекордным, а длительность курсов консультирования резко возросла. В 2014 г. 94% руководителей отмечали увеличение тяжести психопатологии, наблюдаемой в их службах: 40% их клиентов-студентов страдали от психических расстройств, в 8% случаев их бремя было настолько велико, что молодые люди не могли продолжать обучение, 16% клиентов-студентов были направлены на диагностическое обследование к психиатру, 25% — находились на психофармакологическом лечении (по сравнению с 20% в 2003, 17% в 2000 и 9% в 1994). В 2016 г. руководители консультативных центров фиксировали резкий рост таких проблем среди студентов, как тревожные расстройства, кризисные состояния с необходимостью мер быстрого реагирования, клинические формы депрессий, употребление ПАВ [23; 24; 35].

Эти данные могут вызвать известный скепсис: создаваемая отчетами картина скорее отражает субъективное впечатление консультантов, чем объективную оценку. Однако эмпирические исследования подтверждают неблагоприятную динамику показателей психического здоровья аме-

риканских студентов за 13-летний период: с 1993 по 2006 г. частота состояний сильной тревоги и связанных со стрессом проблем возросла на 58%, частота депрессивных состояний удвоилась, частота случаев личностных расстройств, нарушений развития, использования психотропных препаратов и суицидальности возросла более чем в два раза [19].

Для отечественного читателя возникает соблазн рассматривать эти тенденции как присущие западной системе высшего образования. Однако недавние исследования фиксируют выраженное неблагополучие у значительной части российского студенчества. В исследованиях 80-х гг., свободно оперирующих диагностическими категориями и не придерживающихся операциональных критериев МКБ-10, так называемые «пограничные нервно-психические расстройства» выявлялись у 56,6% студентов вузов [10]. В более поздних работах с применением валидизированных шкал самоотчета клинически выраженные симптомы депрессии не отмечались лишь у трети (29%) студентов вузов; 27% обследованных сообщали о наличии суицидальных мыслей или действий; эти явления сопровождалось снижением показателей соматического здоровья, ухудшением успеваемости, необходимостью оформлять академические отпуска [9]. При этом студенты дневной формы обучения имели более выраженные признаки эмоционального неблагополучия (повседневного учебного стресса, выгорания) по сравнению с более зрелыми и мотивированными к учебе слушателями программы второго высшего образования [11]. Создатели клинической типологии расстройств адаптации в студенческой выборке отмечают, что в 27,3% случаев их можно отнести к неблагоприятным вариантам с последующим переходом в стойкие тревожные или депрессивные расстройства, а в 19,7% — к протрагированным по типу регулярно повторяющихся эпизодов [18].

Почему картина психического здоровья молодежи так неблагоприятно изменилась в течение последних двух—трех десятилетий? Анализируя множество причин, специалисты сходятся в следующем: этот кризис в значительной степени связан с возросшим уровнем *конкурентности* в разных сферах жизни молодого человека, а также с повышенными ожиданиями от современных детей.

В основополагающей книге по студенческой адаптации «Колледж страждущих: кризисы психического здоровья в кампусе и что с ними делать?» (*College of the Overwhelmed: The Campus Mental Health Crisis and What to Do About It*) руководитель консультативной службы Гарвардского университета Р. Кадисон замечает: «Мне кажется, что сегодня студенты в большей мере принуждаются преуспевать, чем какое-либо предшествующее им поколение, и они в большей мере склонны к срывам» [33, с. 124]. Не только родители, но и общество в целом ожидают от современных детей, что они поступят в вуз, будут иметь академическую

успеваемость выше среднего, обрastут системой дружеских связей, обретут отличную физическую форму, найдут хорошего партнера, выберут направление профессиональных интересов и упрочатся в нем, получают достойную работу по завершении обучения, а возможно, и приступят к ней параллельно с учебной. Это давление может стать особенно ошутимым для тех, чьи семьи платят за обучение в вузе.

Стремление не разочаровать родителей трансформируется в личный *перфекционизм* молодых людей. Британские исследователи Томас Каррэн (*T. Curran*) и Эндрю Хилл (*A. Hill*) задались вопросом: насколько усиление конкурентного индивидуализма, которое прослеживается с конца 80-х гг. в США, Канаде и Великобритании с приходом неолиберальных правительств, совпадает с ростом перфекционизма у молодежи? Их метаанализ основан на изучении 164 выборок, в совокупности включающих 41641 студента колледжей, заполнявших Многомерную шкалу перфекционизма П. Хьюитта и Г. Флетта (1991) в период с 1989 по 2016 г. Согласно данным исследования, показатели всех трех параметров перфекционизма («Я-ориентированного», «Ориентированного на других» и «Социально-предписываемого») достоверно возросли; этот результат оставался значимым даже при контроле вкладов половых и национальных различий. Представляется обоснованным вывод о том, что последние поколения студентов ощущают более сильное «принуждение к совершенству» со стороны других людей и проявляют большую требовательность по отношению к ним и к себе [20].

К настоящему моменту клинические психологи получили большой массив данных, показывающих роль перфекционизма как предиктора студенческой дезадаптации — эмоционального неблагополучия, высокого повседневного стресса, суицидальности, академической прокрастинации [4; 12; 30]. Несколько теорий связывают перфекционизм с чрезмерной конкурентностью в студенческой среде, которая, в свою очередь, создает риск конфликтов, одиночества и дефицита социальной поддержки [32]. Однако в этих представлениях отмечается известный парадокс. С одной стороны, гиперконкурентность упоминается первой в большом списке разнообразных межличностных проявлений перфекционизма (наряду с потребностью в одобрении и принятии, враждебностью, гневом, доминантностью, чрезмерным контролем, манипулятивностью и даже садизмом). С другой стороны, внимательное изучение фундаментальных обзоров не обнаруживает работ, где конкурентность перфекционистов подвергалась бы тщательной эмпирической оценке в опоре на диагностические методики [28; 29; 32]. Наконец, в представлениях, связывающих перфекционизм с чрезмерной ориентацией на соревнование, выпадает важнейшее опосредующее звено в виде *социальной эмоции зависти*. Согласно определениям научной психологии, зависть

представляет собой «сочетание болезненных переживаний неполноценности, враждебности и обиды, вызываемое сравнением с другим человеком или социальной группой, которые обладают чем-то, желанным для личности» [40, с. 49]. Отмечается повышение интереса к этому конструкту со стороны отечественных социальных психологов; исследования обнаруживают высокий уровень зависти в студенческой среде [2; 8; 13]. *Существуют веские феноменологические основания для гипотезы о связи этого феномена с перфекционизмом.*

1. Оба психологических конструкта сопряжены с *враждебностью*. Враждебный компонент зависти понимается как моментальная защитная реакция, возникающая в ответ на фрустрацию и стыд, вызванные переживанием неполноценности при нелестных социальных сравнениях [40]. Эксперты в изучении перфекционизма также отмечают «глубинную деструктивность и дисфункциональность» этой черты, вопреки распространенным положительным описаниям перфекционистов как целенаправленных и ориентированных на социальное одобрение лиц [28]. Апеллируя к результатам масштабных исследований, Пол Хьюитт (*P. Hewitt*) и Гордон Флетт (*G. Flett*) описывают *тип «враждебного перфекциониста»* с характерным набором черт в виде доминантности, сарказма, склонности к гневливым реакциям и садистическому контролю над окружающими. В стремлении к совершенству эти лица «зачастую лишены всякой эмпатии и участия по отношению к другим. Люди, привлекающие к себе внимание, становятся для них объектами презрения и рассматриваются как конкуренты или человеческие помехи на пути к успеху. Эта ориентация обнаруживается у гиперконкурентных элитных спортсменов-перфекционистов, готовых сделать для победы все, включая употребление допинга; это также верно для одержимых студентов, которые метят в лучшие учебные заведения, даже если для этого нужен макиавеллизм и готовность делать что угодно, только бы стать успешными» [28, с. 213].

2. Триггером зависти служат нелестные *социальные сравнения*. Еще в начале 90-х гг. отечественные авторы отнесли склонность к частым социальным сравнениям с восходящей направленностью («ориентация на полюс “самых успешных”») к характеристикам когнитивного стиля перфекционистов [3]. В конце 90-х гг. при разработке понятия «ориентация на социальное сравнение» Брэм Буунк (*B. Buunk*) и Фредерик Гиббонс (*F. Gibbons*) указывали, что личности с низкой самооценкой, нестабильной или диффузной «Я»-концепцией особенно мотивированы к сравнениям [22]. Перфекционистов, безусловно, можно отнести к личностям такого рода. Феноменология этой черты включает стремление «быть лучшим», опору на внешние критерии успеха и неуспеха, устремленность к чрезмерно высоким стандартам, постоянные сомнения в качестве вы-

полняемой деятельности, в ряде случаев — зависимость от одобрения окружающих. Каждый из этих параметров предполагает сравнения с другими людьми, способности и мнения которых становятся важными индивидуальными ориентирами.

Процессы социальных сравнений фасилитируются озабоченностью оценением, сходством с мишенью и близостью к ней [25]; эти данные делают высоковероятной гипотезу о стойкой зависти к соученикам у студентов-перфекционистов. Каким способом молодые люди справляются с этим мучительным переживанием? Согласно теории Л. Фестингера, универсальной реакцией на боль нелестных социальных сравнений становится конкурентное поведение, «...направленное на устранение различий, побуждающее становиться все лучше и лучше... с целью защиты собственного превосходства» [26, с. 126].

Понятие *конкурентности* имеет длительную историю изучения в качестве психологического конструкта, отражающего как благоприятные, так и вредоносные аспекты социального поведения [37]. *Позитивная конкурентность* направлена на развитие личности. Этот тип установки отражает не столько необходимость побеждать, сколько возможность использовать опыт соревнования для личностного роста. Лица с такой направленностью рассматривают других не как помеху на собственном пути к успеху, которую необходимо устранить, а как помощников, которые могут содействовать обучению и росту. Они хотят победить, однако поражение других не рассматривается ими как необходимое для выигрыша средство. Личности с *гиперконкурентными установками* должны ощущать свое превосходство над другими для регуляции самоуважения. Выигрывать у других становится их предельной целью, которую они стремятся достичь любой ценой. Согласно К. Хорни, которая ввела этот термин в научный обиход, гиперконкурентные личности характеризуются одновременной ориентацией на манипулирование, принижение других людей и использование их во множестве жизненных ситуаций [16]. Связь перфекционизма с гиперконкурентностью подтверждается данными двух отечественных исследований. В первом была установлена склонность к неэтичным реакциям на «превосходство другого» в выборке лиц из общей популяции с высоким уровнем перфекционизма [1]; во втором — преобладание деструктивной конкурентности в образах пиктограмм у суицидентов с высоким уровнем перфекционизма [17]. Гипотеза требует дальнейшей проверки с помощью специальных инструментов, предназначенных для диагностики описанных типов конкурентности.

Несмотря на попытки восстановить самоуважение в конкурентных маневрах, перфекционисты накапливают опыт нелестных сравнений и зависти, запускающий горькие мысли в собственный адрес и чувство

хронической несчастливости. Гипотеза о том, что социальные сравнения и зависть выступают факторами-медиаторами, опосредующими маршрут от перфекционизма к симптомам депрессии, кажется в этом свете вполне логичной. В целом, изучение зависти в качестве психосоциального предиктора аффективных расстройств открывает новое и перспективное научное направление [40].

В настоящей статье представлены результаты исследования, нацеленного на проверку нескольких *частных гипотез*.

1. Студенты с высоким уровнем перфекционизма чаще прибегают к социальным сравнениям восходящей направленности, чем студенты с умеренной выраженностью данной черты.

2. Студенты с высоким уровнем перфекционизма характеризуются повышенным уровнем зависти в сравнении со студентами с умеренной выраженностью данной черты.

3. Для совладания с завистью студенты с высоким уровнем перфекционизма чаще реализуют гиперконкурентные установки и реже прибегают к позитивной конкуренции.

4. Показатели ориентации на социальное сравнение и зависти опосредуют связь между перфекционизмом и депрессией.

Метод

К участию в исследовании были привлечены 226 студентов московских вузов. Выборка включала 156 девушек, 70 юношей в возрасте 16 до 29 лет (средний возраст — 20 ± 2 года), равномерно распределенных по годам обучения в вузе. Одновременно в социальных сетях (ВКонтакте и Facebook) был размещен электронный вариант методического комплекса, который испытуемые заполнили после предварительной договоренности об участии в исследовании. Для проверки гипотез применялись следующие методики.

Опросник перфекционизма Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогоровой [3]. Опросник разработан на основе теоретической модели перфекционизма, а также опыта психотерапевтической работы; его факторная структура и психометрические характеристики представлены в предшествующих публикациях. В настоящем исследовании использовался общий балл опросника, отражающий уровень перфекционизма испытуемого.

Шкала ориентации на социальные сравнения (Iowa-Netherlands Comparison Orientation Measure, INCOM) — состоит из 11 утверждений, описывающих сравнение мнений, чувств, статуса, положения, способностей респондента с аналогичными характеристиками других людей [6; 7]. Адаптация русскоязычного варианта опросника, состав его пун-

тков, факторная структура и психометрические показатели представлены в предшествующих публикациях.

Опросник депрессивности А. Бека (Beck Depression Inventory, BDI), — направлен на выявление симптомов депрессии, основан на клинических наблюдениях и описанных симптомах, которые часто встречаются у депрессивных пациентов [14]. Русскоязычная версия стандартизирована в лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии Института психологии РАН.

Диспозиционная шкала зависти (The Dispositional Envy Scale, DES) — состоит из 8 прямых вопросов, ориентированных на оценку зависти у респондента [40]. Испытуемого просят выразить свое согласие или несогласие с приведенными утверждениями при помощи баллов, где 1 балл — полностью не согласен, 2 балла — скорее не согласен, 3 балла — сомневаюсь, ни «да», ни «нет», 4 балла — скорее согласен, 5 баллов — полностью согласен. Шкала содержит один фактор, при интерпретации результатов подсчитывается суммарный балл. Пример пункта шкалы: «Чувство зависти всегда мучает меня, независимо от того, что я делаю». Русскоязычная версия инструмента создана путем перевода командой из трех экспертов-психологов со свободным владением английским языком; находится в процессе валидизации. В настоящем исследовании были установлены приемлемые показатели надежности методики: α Кронбаха = 0,85; коэффициент полновинного расщепления Гутмана = 0,85.

Шкала восходящих/нисходящих социальных сравнений (Upward downward social comparison scale) — содержит 10 вопросов, объединенных в 6 шкал: склонность к восходящим сравнениям («Иногда я сравниваю себя с теми, кто успешней меня»), склонность к нисходящим сравнениям («Иногда я сравниваю себя с теми, кто менее успешен, чем я»), склонность к восходящим сравнениям по принципу идентификации («Когда я думаю о тех, у кого меньше проблем, по сравнению со мной, я испытываю удовлетворение от того, что и мои дела могут пойти лучше»), склонность к нисходящим сравнениям по принципу контраста («Когда я задумываюсь о тех, кто испытывает больше затруднений, по сравнению со мной, я испытываю облегчение относительно моей собственной ситуации»), склонность к восходящим сравнениям по принципу контраста («Когда я думаю о тех, кто справляется с жизнью лучше меня, я испытываю огорчение в связи с собственной ситуацией») и склонность к нисходящим сравнениям по принципу идентификации («Когда я думаю о тех, чье положение хуже моего, я опасюсь, что в будущем стану таким же»). Респондент решает, насколько он согласен с предложенными утверждениями, выбирая из 5 вариантов ответа: «абсолютно не согласен», «не согласен», «затрудняюсь с ответом», «согласен» и «полностью согласен» [42]. Русскоязычная версия инструмента создана путем перевода коман-

дой из трех экспертов-психологов со свободным владением английским языком. В настоящем исследовании были установлены приемлемые показатели надежности методики: α Кронбаха = 0,91; коэффициент половинного расщепления Гутмана = 0,92.

Шкала конкурентности, способствующей развитию личности (Personal Development Competitive Attitude Scale, PDCAS) — содержит 15 утверждений, тестирующих позитивную форму конкурентности (пример пункта: «Я ценю конкуренцию за то, что она помогает проявить все самое лучшее, что есть во мне») [39]. Респондента просят оценить, насколько каждое из утверждений подходит лично ему, используя шкалу от 1 до 5 баллов: «абсолютно мне не соответствует» — 1 балл, «незначительно соответствует мне» — 2 балла, «умеренно соответствует мне» — 3 балла, «в значительной степени соответствует мне» — 4 балла и «полностью мне соответствует» — 5 баллов. Для интерпретации используется общий балл. Русскоязычная версия инструмента создана путем перевода командой из трех экспертов-психологов со свободным владением английским языком. В настоящем исследовании были установлены приемлемые показатели надежности методики: α Кронбаха = 0,87; коэффициент половинного расщепления Гутмана = 0,46.

Шкала гиперконкурентных установок (Hypercompetitive Attitude Scale, HSA) — состоит из 26 утверждений, измеряющих приверженность индивида к гиперконкурентным установкам (пример пункта: «Для меня вызов — добиться благосклонности кого-то, кто уже встречается с кем-либо другим, и мне это нравится») [38]. Респондента просят оценить, насколько каждое из утверждений подходит лично ему по шкале от 1 до 5 баллов: «абсолютно мне не соответствует» — 1 балл, «незначительно соответствует мне» — 2 балла, «умеренно соответствует мне» — 3 балла, «в значительной степени соответствует мне» — 4 балла и «полностью мне соответствует» — 5 баллов. Для обработки подсчитывается суммарный балл. Русскоязычная версия инструмента создана путем перевода командой из трех экспертов-психологов со свободным владением английским языком. В настоящем исследовании были установлены приемлемые показатели надежности методики: α Кронбаха = 0,67; коэффициент половинного расщепления Гутмана = 0,46.

Результаты

Зафиксировано нормальное распределение общего показателя перфекционизма в обследованной выборке (критерий Колмогорова—Смирнова, $Z = 0,086$, $p = 0,05$). Методом процентилей выделены диапазоны низких (менее 43 баллов, ниже 33 процентилей, П1), средних (от 43

до 57 баллов, 33—66 процентиля, П2) и высоких (более 57 баллов, выше 66 процентиля, П3) значений этого показателя. Для проверки гипотез 1 и 2 сравнивались показатели ориентации на социальное сравнение и зависти в трех группах студентов — с низким, средним и высоким уровнем перфекционизма (табл. 1).

Таблица 1
**Ориентация на социальное сравнение и зависть у студентов
с разным уровнем перфекционизма**

Ориентация на социальное сравнение и зависть	Группа с низким уровнем перфекционизма (П1) (n = 75)		Группа со средним уровнем перфекционизма (П2) (n = 78)		Группа с высоким уровнем перфекционизма (П3) (n = 73)	
	М	SD	М	SD	М	SD
Ориентация на социальное сравнение	32	6,47	36	6,38	37 ^{ab}	5,38
Сравнение способностей	18	4,67	22	4,89	22 ^{ab}	4,25
Сравнение мнений	13	3,21	14	2,65	14	2,39
Зависть	12	4,42	14	4,69	19 ^{abc}	6,75
Депрессия	8	5,62	13	7,85	19 ^{abc}	11,78

Примечание: М — среднее значение; SD — стандартное отклонение; а — различия между испытуемыми с низким и средним уровнем перфекционизма статистически достоверны (критерий Манна—Уитни); b — различия между испытуемыми с низким и высоким уровнем перфекционизма статистически достоверны (критерий Манна—Уитни); c — различия между испытуемыми со средним и высоким уровнем перфекционизма статистически достоверны (критерий Манна—Уитни).

Студенты третьей группы характеризовались значимо более высокими показателями депрессии в сравнении с респондентами других групп. В соответствии с гипотезой 1, показатель ориентации на социальное сравнение отчетливо растет от группы П1 к группе П3. Этот показатель студентов с высоким уровнем перфекционизма достоверно превышает аналогичный в группе студентов с незначительной выраженностью черты (П1 и П3 — $U=3897$; $p<0,001$). Группа с умеренно выраженным перфекционизмом также в большей мере ориентирована на социальное сравнение, чем студенты — неперфекционисты (П1 и П2 — $U=3952$; $p<0,001$).

Основным параметром сравнений становятся способности; при сопоставлении трех групп по этому показателю отмечается аналогичная тенденция (П1 и П2 — $U=4151$; $p<0,001$. П1 и П3 — $U=4007,5$; $p=0,000$). Достоверные различия между группами студентов по показателю ориентации на сравнение мнений не установлены.

В полном соответствии с гипотезой 2, группа студентов с высоким уровнем перфекционизма продемонстрировала достоверно более высокий показатель зависти в сравнении с аналогичными показателями П1 ($U=3635,5$; $p=0,009$) и П2 ($U=4244,5$; $p<0,001$). В группе П2 показатели зависти достоверно ниже, чем в группе П3 ($U=4244,5$; $p=0,000$).

Какие стратегии социальных сравнений используют студенты-перфекционисты? Для отыскания ответов на поставленные вопросы сравнивалась направленность социальных сравнений у студентов с разным уровнем перфекционизма (табл. 2).

Таблица 2

Стратегии социальных сравнений у студентов с разным уровнем перфекционизма

Стратегии социальных сравнений	П1		П2		П3	
	М	SD	М	SD	М	SD
Восходящие сравнения	13	4,07	16	3,82	17 ^{ab}	3,53
Нисходящие сравнения	13	4,38	14	3,21	14	4,00
Восходящие — идентификация	3	1,23	3	1,24	3	1,13
Восходящие — контраст	2	1,27	3	1,23	4 ^{abc}	1,23
Нисходящие — идентификация	3	1,47	3	1,35	3	1,20
Нисходящие — контраст	3	1,48	3	1,25	3	1,24

Примечание: М — среднее значение; SD — стандартное отклонение; а — различия между испытуемыми с низким и средним уровнем перфекционизма статистически достоверны (критерий Манна—Уитни); b — различия между испытуемыми с низким и высоким уровнем перфекционизма статистически достоверны (критерий Манна—Уитни); с — различия между испытуемыми с средним и высоким уровнем перфекционизма статистически достоверны (критерий Манна—Уитни).

Данные подтверждают гипотезу 1 и отчетливо свидетельствуют о склонности студентов-перфекционистов к социальным сравнениям с восходящей направленностью (с теми, кто «лучше и успешней»). Так, по склонности к восходящим социальным сравнениям шкалы восходящих/нисходящих социальных сравнений группа П3 имеет значимо более высокие показатели, чем П1 ($U=1111$; $p<0,001$); та же тенденция прослеживается при сопоставлении показателей П2 и П1 ($U=1133,5$; $p=0,006$). Постоянно сопоставляя себя с «теми, у кого дела идут лучше», студенты-перфекционисты не испытывают надежды на то, что их положение может улучшиться; восходящие социальные сравнения оборачиваются для них эффектом «контраста» — огорчением в связи с субъективной невозможностью со временем достичь того же. Показатель склонности к восходящим сравнениям по принципу контраста значимо выше в груп-

пе студентов с выраженным перфекционизмом (П1 и П2 — $U=1069$; $p=0,028$. П1 и П3 — $U=1059$; $p<0,001$. П2 и П3 — $U=944$; $p=0,048$). В диапазоне человеческих возможностей студенты-перфекционисты преимущественно ориентируются на полюс «самых успешных»; склонность к сравнению своих способностей с возможностями не столь успешных мишеней (нисходящим социальным сравнениям) выражена у них в той же мере, что и у сверстников с умеренно выраженной чертой.

Для проверки гипотезы 3 сопоставлялись формы конкурентности в группах студентов с разным уровнем перфекционизма. В какой мере студенты-перфекционисты прибегают к соревнованию с другими в целях совершенствования мастерства? Насколько они ориентированы на принижение других и создание им помех на пути к успеху? Результаты представлены ниже (табл. 3).

Таблица 3

Показатели конкурентности у студентов с разным уровнем перфекционизма

Шкалы конкурентности	П1		П2		П3	
	М	SD	М	SD	М	SD
Конкуренция, способствующая развитию личности (PDCAS)	45	12,3	45	12,62	43	10,91
Гиперконкурентность (HCA)	70	11,15	74	9,75	75 ^{ab}	11,96

Примечание: М — среднее значение; SD — стандартное отклонение; а — различия между испытуемыми с низким и средним уровнем перфекционизма статистически достоверны (критерий Манна—Уитни); b — различия между испытуемыми с низким и высоким уровнем перфекционизма статистически достоверны (критерий Манна—Уитни); с — различия между испытуемыми с средним и высоким уровнем перфекционизма статистически достоверны (критерий Манна—Уитни).

Данные подтверждают гипотезу 3 и свидетельствуют об отчетливой приверженности студентов-перфекционистов гиперконкурентным установкам в общении. Так, группа студентов с выраженным перфекционизмом имеет достоверно более высокий показатель по Шкале гиперконкурентных установок Ричарда Рикмана (*R. Ryckman*), чем группа студентов, не склонных к чрезмерному стремлению к совершенству (П1 и П3 — $U=3437$; $p=0,007$). Аналогичный показатель группы с умеренно выраженным перфекционизмом также значимо выше (П1 и П2 — $U=3517$; $p=0,031$). Склонность к позитивной конкурентности одинаково выражена в обследованных группах студентов; статистически значимые различия по этому показателю отсутствуют.

Гипотеза 4 касалась опосредующего влияния показателей зависти и ориентации на социальные сравнения на связь между перфекционизмом и депрессией. Алгоритм ее проверки включал два шага.

Шаг 1. Согласно нулевой гипотезе (H_0), опосредующий эффект показателя «зависти» в генеральной совокупности равен нулю. Для ее проверки применялся критерий Соубела (*Sobel*), используемый в психологических исследованиях для тестирования моделей опосредования. Алгоритм подсчета этого критерия, в свою очередь, предполагает построение двух моделей регрессионного анализа (табл. 4).

Таблица 4

Подход к подсчёту коэффициента Соубела

Модели	Анализ	Визуальное представление
Модель 1	$M = a_0 + aX$, где M — медиатор «зависть», X — предиктор «перфекционизм», a — коэффициент наклона линии регрессии, в явном виде выражающей зависимость медиатора M от предиктора X	$X \xrightarrow{a} M$
Модель 2	$Y = b_0 + b_1X + bM$, где Y — зависимая переменная «депрессия», b — коэффициент при переменной медиаторе в уравнении множественной линейной регрессии, выражающем зависимость Y от X и M	$X \xrightarrow{\quad} M \xrightarrow{b} Y$ (с обратной связью от Y к X)

Согласно алгоритму, представленному выше, проводилось 2 этапа регрессионного анализа, необходимых для подсчета коэффициентов a и b , используемых по методу Соубела.

Таблица 5

**Влияние перфекционизма на показатель депрессии
 (простой линейный регрессионный анализ)**

Предикторы	Нестандартизованные коэффициенты (B)	Стандартизованные коэффициенты (β)	Уровень значимости (p)
Перфекционизм	0,213	0,564	<0,001

В табл. 5 представлены нестандартизованный (a — по методу Соубела) и стандартизованный (β) коэффициенты регрессии при переменной-предикторе «перфекционизм» ($p < 0,001$) в уравнении простой линейной регрессии. Применение метода дисперсионного анализа подтверждает значимое влияние предиктора на зависимую переменную «депрессия»

($p < 0,001$). Предиктор объясняет 31,8% дисперсии этой зависимой переменной ($R^2 = 0,318$).

Таблица 6
Совместное влияние перфекционизма и зависти на показатель депрессии
(множественный регрессионный анализ)

Предикторы	Нестандартизованные коэффициенты (В)	Стандартизованные коэффициенты (β)	Уровень значимости (р)
Перфекционизм	0,192	0,318	$< 0,001$
Зависть	0,483	0,303	$< 0,001$

В модели множественного регрессионного анализа (табл. 6) отражено совместное влияние перфекционизма и зависти на депрессию, в совокупности объясняющих 30% ее дисперсии ($R^2 = 0,300$). Коэффициенты регрессии при обеих переменных-предикторах являются значимыми ($p < 0,001$). Для последующего вычисления эмпирического значения статистики Соубела использовался нестандартизованный коэффициент ($b = 0,483$) при медиаторе «зависть».

Как указывалось выше, для проверки гипотезы H_0 использовался критерий Соубела, а также версия этого критерия, предложенная Лео Ароянном (*L. Aroian*), так как эта версия не предполагает дополнительного условия, согласно которому показатель произведения стандартных ошибок коэффициентов регрессии $Sa \times Sb$ пренебрежимо мал (табл. 7), где Sa и Sb — это стандартные ошибки коэффициентов регрессии a и b соответственно (см. табл. 4).

Таблица 7
Значения показателей регрессионного анализа, необходимых для подсчёта статистики Соубела

Коэффициент при предикторе (а)	Стандартная ошибка коэффициента а (Sa)	Коэффициент при медиаторе (b)	Стандартная ошибка коэффициента а (Sb)
0,213	0,021	0,483	0,108

Расчет критериев Соубела и Арояна осуществлялся с помощью программы на сайте <http://quantpsy.org>. Эмпирическое значение критерия Соубела — 4,09 при $p < 0,001$. Эмпирическое значение статистики Арояна — 4,07 при $p < 0,001$. Таким образом, гипотеза о значимом опосредующем влиянии зависти на связь между перфекционизмом (независимой переменной) и депрессией (зависимой переменной) получила весомое подтверждение.

Для выяснения вопроса о степени опосредования завистью связи между перфекционизмом и депрессией подсчитывался частный коэффициент корреляции между этими показателями при контроле вклада зависти $r=0,3$. Его значение существенно меньше, чем значение коэффициента корреляции Пирсона (r) для связи между перфекционизмом и депрессией (0,489), однако при этом связь остается статистически значимой ($p<0,001$). Этот результат свидетельствует о том, что зависть частично опосредует связь между перфекционизмом и депрессией.

Шаг 2. Согласно нулевой гипотезе, опосредующий эффект показателя «ориентации на социальные сравнения» в генеральной совокупности равен нулю. Для проверки H_0 также использовался критерий Соубела. Согласно алгоритму, представленному выше, проводился регрессионный анализ, необходимый для подсчета показателей a и b , используемых по методу Соубела (табл. 8).

Таблица 8

Совместное влияние перфекционизма и ориентации на социальные сравнения на депрессию (множественный регрессионный анализ)

Предикторы	Нестандартизованные коэффициенты B	Стандартизованные коэффициенты β	Уровень значимости (p)
Перфекционизм	0,273	0,453	$<0,001$
Ориентация на социальные сравнения	0,172	0,113	0,066

Согласно данным табл. 8, перфекционизм ($\beta=0,453$) является более существенным предиктором депрессии, чем ориентация на социальные сравнения ($\beta=0,113$). Оба этих показателя оказывают совместное влияние на переменную «депрессия» и в совокупности предсказывают 31% дисперсии этой переменной ($R^2=0,310$). Показатели, с помощью которых рассчитывался критерий Соубела, представлены в табл. 9.

Таблица 9

Значения показателей, полученных в результате регрессионного анализа и необходимых для подсчета статистики Соубела

Коэффициент при предикторе (a)	Стандартная ошибка коэффициента a (S_a)	Коэффициент при медиаторе (b)	Стандартная ошибка коэффициента a (S_b)
0,127	0,025	0,172	0,093

Эмпирическое значение критерия Соубела равно 1,74 при $p=0,082$. Эмпирическое значение статистики Арояна равно 1,71 при $p=0,087$.

Таким образом, выявилось, что ориентация на социальные сравнения опосредует связь между перфекционизмом и депрессией на уровне статистической тенденции.

Гипотеза об опосредующем влиянии ориентации на социальные сравнения на связь между перфекционизмом и депрессией получила слабое подтверждение. Для выяснения вопроса о степени этого опосредования подсчитывался частный коэффициент корреляции между перфекционизмом и депрессией при контроле вклада ориентации на социальные сравнения $r=0,444$. Его значение несколько меньше, чем значение коэффициента корреляции Пирсона для связи между перфекционизмом и депрессией (0,489), при этом связь остается статистически значимой ($p<0,001$). Этот результат свидетельствует о том, что медиатор «ориентация на социальные сравнения» в очень малой степени, но все же частично опосредует связь между показателями «перфекционизма» и «депрессии».

В заключение прояснялся вопрос о степени совместного влияния медиаторов на связь между изучаемыми переменными. Значение коэффициента частной корреляции составило 0,295, что существенно уменьшает коэффициент корреляции Пирсона для изучаемой связи. Этот результат свидетельствует о мощном опосредующем вкладе переменных зависти и ориентации на социальные сравнения в связь между перфекционизмом и депрессией.

Обсуждение

В выборке 226 студентов московских вузов в 2016—2017 гг. проводилось исследование индивидуального перфекционизма, зависти, процессов социальных сравнений и конкурентного поведения. Как и 10 лет назад, в группе студентов с выраженным перфекционизмом были установлены достоверно более высокие показатели депрессии [4]. Эта личностная черта выступает предиктором симптомов эмоционального неблагополучия у нового поколения молодежи. В соответствии с гипотезой, студенты-перфекционисты характеризовались достоверно большей ориентацией на социальные сравнения с преобладанием наиболее болезненной для самооценки и эмоционального самочувствия стратегии «восходящего контраста» («Они лучше всех, и я к ним не принадлежу») [5]. Эти студенты преимущественно ориентированы на сравнение способностей и не стремятся соотносить свои суждения с мнениями сверстников. Одновременно эта группа молодых людей характеризовалась повышенными показателями зависти.

Необходимо отметить высокую степень *научной новизны* полученных данных. Перфекционизм традиционно изучался в контексте самых раз-

нообразных аффектов — тоски, тревоги, стыда, вины, гнева. При этом в доступной русскоязычным читателям литературе не обнаружены работы, соотносящие эту черту с социальной эмоцией зависти, хотя ее феноменология дает основания для такого предположения. По нашим данным, эмоциональная жизнь студента-перфекциониста не только сопряжена с высоким повседневным стрессом и симптомами депрессии/тревоги, но также включает ревнивое отслеживание чужих результатов и мучительную зависть.

Полученные данные вносят важное уточнение в представление о том, как работает механизм, связывающий изучаемую черту с аффективным расстройством у лиц юношеского возраста. В настоящее время известно несколько *маршрутов, ведущих от перфекционизма к депрессии*: один из них опосредован низкой самооценкой [36], второй — руминативным стилем переработки неудач [27]. Настоящее исследование установило еще один из маршрутов такого рода, где факторами-посредниками выступают ориентация на социальное сравнение и зависть. На уровне высокой статистической значимости был доказан опосредующий эффект медиатора «зависть» на изучаемую связь. Опосредующий эффект «ориентации на социальные сравнения» оказался значимым, но существенно менее сильным. В совокупности обе переменные оказывают мощное опосредующее влияние на связь между перфекционизмом и симптомами депрессии в юношеском возрасте. Этот результат свидетельствует о необходимости тщательной психологической квалификации связей между личностными характеристиками и симптомами аффективных расстройств. Перфекционизм сопряжен с болезненным опытом нелестных сравнений с другими людьми, накопление которого с неизбежностью оборачивается переживаниями тоски и гнева.

Современная теория зависти допускает, что совладание с болью невыгодных социальных сравнений открывает два пути — конструктивный и деструктивный [13; 40]. Первый предполагает отчетливое осознание зависти, хороший контакт с сильными сторонами собственной личности, умение быть благодарным и готовность развивать собственные ресурсы; второй — фокусировку на переживаниях неполноценности, активацию защитных маневров в виде тактики угодливых комплиментов или, наоборот, декларации морального превосходства и враждебного поведения (например, косвенной агрессии в виде распространения слухов и сплетен). Согласно нашим данным, студенты с выраженным перфекционизмом придерживаются второго пути. Для компенсации хронического недовольства собой, ощущения глубокого отличия от лучшей части окружающих, проигрыша в способностях студенты-перфекционисты прибегают к гиперконкуренции. Вопрос о том, в какой мере используются другие из вышеперечисленных защитных стратегий, в частности,

косвенная агрессия, задает перспективу дальнейших исследований.

В целом, полученные данные вписываются в *современную модель перфекционизма как социальной разобщенности* Пола Хьюитта и Гордона Флетта (*Perfectionism Social Disconnection Model*) [32]. Они еще раз убедительно свидетельствуют о *парадоксальности перфекционизма*, которую акцентирует данная модель: развиваясь как компенсаторная стратегия, первично нацеленная на обретение принятия, уважения и любви со стороны других людей, эта личностная черта выступает помехой доверительным отношениям и создает риск одиночества.

Стремление выглядеть безупречно в глазах окружающих, как правило, резко снижает возможность *утилизировать социальную поддержку, в частности, обращаться за профессиональной психологической помощью*. Отказ от этого эффективного способа преодоления стресса приводит к «застреванию» в проблемной ситуации. Наблюдение подтвердилось в исследовании А.Б. Холмогоровой, установившем в амбулаторной выборке пациентов обратную связь между перфекционизмом и воспринимаемой социальной поддержкой [15]. В исследованиях, основанных на канадской многомерной модели, параметры перфекционизма, «адресованного себе» и «адресованного другим», были связаны с низкой социальной поддержкой от друзей, «социально-предписываемый» перфекционизм — с низкой социальной поддержкой со стороны членов семьи, друзей и значимых других [31]. В студенческой выборке все параметры перфекционизма были связаны с негативными установками по отношению к профессиональному психологическому консультированию — сниженным осознанием его необходимости, недостаточной открытостью, низким доверием к профессионалам.

Полученные нами результаты имеют потенциал для объяснения этих трудностей: поддержка, предоставляемая завистливым лицам, может обесцениваться. Оказание помощи имплицитно предполагает, что индивид нуждается в ней; субъективное восприятие завидующего человека усугубляет контраст между «превосходством» помогающего и «неполноценностью» нуждающегося, что делает поддержку травматичной для самооценки, а ситуацию консультирования — унижительной. Отрицательная связь между завистью и умением быть благодарным также объясняет трудности принятия поддержки завистливыми студентами-перфекционистами [34]. Более того, существуют данные о том, что способность оказывать социальную поддержку — не менее важный предиктор психологической зрелости, чем умение ее получать [41]. Высоко вероятна гипотеза о том, что студенты-перфекционисты, склонные к неблагоприятным социальным сравнениям и зависти, не соответствуют и этому

критерию душевного здоровья.

Публикуемое исследование имеет ряд ограничений. В работе использован старый вариант опросника перфекционизма, в то время когда существует его обновленная и укороченная версия. В работе не был проделан качественный анализ процессов социальных сравнений, совершаемых студентами; не установлена специфика мишеней, выбираемых для сравнения студентами-перфекционистами. В анализ не были включены такие важные для замысла работы переменные, как степень одиночества студентов, уровень воспринимаемой социальной поддержки, установки по отношению к помощи, включая помощь профессионалов в области психического здоровья. Наконец, вопрос о зависти не рассматривался в контексте дискуссии об адаптивных и неадаптивных параметрах перфекционизма. Эти ограничения задают важные перспективы будущих разработок в области интерперсональных последствий студенческого перфекционизма.

Выводы

1. Студенты с высоким уровнем перфекционизма характеризуются выраженной ориентацией на социальные сравнения и завистью, в отличие от менее требовательных к себе сверстников.

1.1. Студенты-перфекционисты в большей мере ориентированы на сравнение личных способностей. Ориентация на сопоставление собственных суждений с мнениями других людей для них не характерна.

1.2. Студенты-перфекционисты достоверно чаще своих сверстников используют неблагоприятные, депрессогенные стратегии сравнений — восходящие социальные сравнения по типу контраста.

2. Зависть и ориентация на социальные сравнения являются статистически надежными факторами-медиаторами, опосредующими связь между перфекционизмом и депрессией.

3. Студенты с высоким уровнем перфекционизма с целью компенсации неблагоприятных эффектов социальных сравнений и переживания зависти достоверно чаще своих сверстников прибегают к гиперконкурентности. Позитивные конкурентные установки, содействующие полному развитию личности, для них не характерны.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бескова Т.В.* Взаимосвязь перфекционизма со способами реагирования на успех и неудачу Другого [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования: электронный журнал. 2012. № 2. URL: [25](https://science-</div><div data-bbox=)

- education.ru/pdf/2012/2/410.pdf (дата обращения: 14.04.2018).
2. *Бескова Т.В.* Психологические механизмы формирования зависти и ее детерминанты [Электронный ресурс] // Вестник Московского государственного областного университета: электронный журнал. 2013. № 1. URL: http://vestnik-mgou.ru/vipuski/2013_1/stati/pdf/beskova.pdf (дата обращения: 14.04.2018).
 3. *Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю.* Перфекционизм, депрессия и тревога // Московский психотерапевтический журнал. 2001. № 4. С. 18—48.
 4. *Гаранян Н.Г., Андрусенко Д.А., Хломов И.Д.* Перфекционизм как фактор студенческой дезадаптации // Психологическая наука и образование. 2009. № 1. С. 72—81.
 5. *Гаранян Н.Г.* Теория социального сравнения в клинической психологии // Психологический журнал. 2015. Т. 36. № 4. С. 36—49.
 6. *Гаранян Н.Г., Пушкина Е.С.* Проверка валидности и надежности русскоязычной версии методики «Шкала ориентации на социальные сравнения Iowa-Netherlands» в выборке студентов // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 2. С. 64—92. doi:10.17759/cpp.2016240205
 7. *Гаранян Н.Г., Шукин Д.А.* Частые социальные сравнения как фактор эмоциональной дезадаптации студентов // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 4. С. 182—206.
 8. *Горшенина Н.В.* Зависть как нравственно-этическое качество студента // Современные исследования социальных проблем. 2012. № 12. С. 16.
 9. *Горчакова В.А., Ланда Л.А., Матыцина В.А., Краснова В.В., Клименкова Е.Н., Холмогорова А.Б.* Психологическая дезадаптация у студентов системы среднего и высшего профессионального образования: сравнительный анализ // Психологическая наука и образование. 2013. № 4. С. 5—14.
 10. *Красик Е.Д., Положий Б.С., Крюков Е.А.* Нервно-психические заболевания у студентов. Томск: Изд-во Томского университета, 1982. 7 с.
 11. *Матюшкина Е.Я.* Учебный стресс у студентов при разных формах обучения // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 2. С. 47—63. doi:10.17759/cpp.2016240204
 12. *Москова М.В.* Личностные факторы эмоциональной дезадаптации студентов: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2008. 23 с.
 13. *Муздыбаев К.* Завистливость личности // Психологический журнал. 2002. Т. 23. № 6. С. 38—50.
 14. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 268 с.
 15. *Холмогорова А.Б.* Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. М.: «МЕДПРАКТИКА-М», 2011. 480 с.
 16. *Хорни К.* Невротическая личность нашего времени: пер. с англ. М.: Прогресс-Универс, 1993. 480 с.
 17. *Цыганкова П.В.* Перфекционный стиль личности пациентов с нарушением адаптации и суицидальным поведением: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2012. 33 с.
 18. *Шифнер Н.А.* Расстройства адаптации у студентов (их клиника и динамика):

автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2011. 25 с.

19. *Benton S.A., Robertson J.M., Tseng W.-C., Newton F.B., Benton S.L.* Changes in counseling center client problems across 13 years // *Professional Psychology: Research and Practice*. 2003. Vol. 34 (1). P. 66—72. doi:10.1037/0735-7028.34.1.66
20. *Curran T., Hill A.P.* Perfectionism Is Increasing Over Time: A Meta-Analysis of Birth Cohort Differences From 1989 to 2016 // *Psychological Bulletin*. 2017. doi:10.1037/bul0000138
21. *Dijkstra P., Gibbons F., Buunk A.* Social comparison theory // *Social psychological foundations of clinical psychology* / J. Maddux, J. Tangney (eds.). London: Guilford Press, 2010. P. 195—210.
22. *Gibbons F., Buunk B.* Individual differences in social comparison: Development of a scale of social comparison orientation // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999. Vol. 76 (1). P. 129—142. doi:10.1037/0022-3514.76.1.129
23. *Gallagher R.P.* National survey of counseling center directors 2006. Project Report [Электронный ресурс] // International Association of Counseling Services, Inc., 2007. URL: http://d-scholarship.pitt.edu/28167/1/2006_survey.pdf (дата обращения: 14.04.2018).
24. *Gallagher R.P.* National survey of counseling center directors 2014. Project Report [Электронный ресурс] // International Association of Counseling Services, Inc., 2015. URL: http://d-scholarship.pitt.edu/28178/1/survey_2014.pdf (дата обращения: 14.04.2018).
25. *Garcia S., Tor A., Schiff T.* The Psychology of Competition: A Social Comparison Perspective // *Perspectives on Psychological Science*. 2013. Vol. 8 (6). P. 634—650. doi:10.1177/1745691613504114
26. *Festinger L.* A theory of social comparison processes // *Human Relations*. 1954. Vol. 7 (2). P. 117—140. doi:10.1177/001872675400700202
27. *Flett G., Madorsky D., Hewitt P., Heisel P.* Perfectionism cognitions, rumination, and psychological distress // *Journal Of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*. 2002. Vol. 20 (1). P. 33—47.
28. *Flett G., Hewitt P., Sherry S.* Deep, dark, and dysfunctional: The destructiveness of interpersonal perfectionism // *The Dark Side of Personality: Science and practice in social, personality, and clinical psychology* / V. Zeigler-Hill, D.K. Marcus (eds.). Washington, DC: American Psychological Association, 2016. P. 211—226. doi:10.1037/14854-011
29. *Habke M., Flynn C.* Interpersonal aspects of trait perfectionism // *Perfectionism: Theory, research and treatment* / G. Flett, P. Hewitt (eds.). Washington, DC: American Psychological Association, 2002. P. 151—181.
30. *Hamilton T., Schweitzer R.* The cost of being perfect: perfectionism and suicide ideation in university students // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2000. Vol. 34 (5). P. 829—835. doi:10.1080/j.1440-1614.2000.00801.x
31. *Hewitt P., Flett G.* Perfectionism and stress processes in psychopathology // *Perfectionism: Theory, research and treatment* / G. Flett, P. Hewitt (eds.). Washington, DC: American Psychological Association, 2002. P. 255—285.
32. *Hewitt P., Flett G., Mikail S.* Perfectionism. A relational approach to conceptualization, assessment and treatment. New York: The Guilford Press, 2017. 336 p.
33. *Kadison R., Digeronimo T.* College of the Overwhelmed: The Campus Mental Health

- Crisis and What to Do About It. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2004. 296 p.
34. *McCullough M.E., Emmons R.A., Tsang J.-A.* The grateful disposition: a conceptual and empirical topography // *Journal of Personality and Social Psychology*. 2002. Vol. 82 (1). P. 112—127. doi:10.1037/0022-3514.82.1.112
 35. *Reetz D., Bershad C., LeViness P., Whitlock M.* The Association for University and College Counseling Center Directors Annual Survey. Reporting period: September 1, 2015 through August 31, 2016 [Электронный ресурс]. URL: <https://www.aucccd.org/assets/documents/aucccd%202016%20monograph%20-%20public.pdf> (дата обращения: 14.04.2018).
 36. *Rice K.G., Ashby J.S., Slaney R.B.* Self-esteem as a mediator between perfectionism and depression: a structural equation analysis // *Journal of Counseling Psychology*. 1998. Vol. 45 (3). P. 304—314. doi:10.1037/0022-0167.45.3.304
 37. *Ryckman R., Libby C., van der Borne B., Gold J., Lindner M.* Values of hypercompetitive and personal development competitive individuals // *Journal of Personality Assessment*. 1997. Vol. 69 (2). P. 271—283. doi:10.1207/s15327752jpa6902_2
 38. *Ryckman R., Hammer M., Kaczor L., Gold J.* Construction of a hypercompetitive attitude scale // *Journal of Personality Assessment*. 1990. Vol. 55 (3—4). P. 630—639. doi:10.1080/00223891.1990.9674097
 39. *Ryckman R., Hammer M., Kaczor L., Gold J.* Construction of a Personal Development Competitive Attitude Scale // *Journal of Personality Assessment*. 1996. Vol. 66 (2). P. 374—385. doi:10.1207/s15327752jpa6602_15
 40. *Smith H., Kim S.* Comprehending envy // *Psychological Bulletin*. 2007. Vol. 133 (1). P. 46—64. doi:10.1037/0033-2909.133.1.46
 41. *Smith H.* Envy and its transmutations // *The social life of emotions* / L. Tiedens, C. Leach (eds.). Cambridge: Cambridge University Press, 2004. P. 43—63.
 42. *Van der Zee K., Buunk B., Sanderman R., Botke G., van der Bergh F.* Social comparison and coping with cancer treatment // *Personality and Individual Differences*. 2000. Vol. 28 (1). P. 17—34. doi:10.1016/S0191-8869(99)00045-8

PERFECTIONISM, ENVY AND HYPERCOMPETITIVENESS AMONG UNIVERSITY STUDENTS

N.G. GARANIAN*,

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
garanian@mail.ru

A.Yu. KLYKOVA**,

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
coverforalex@ya.ru

M.G. SOROKOVA***,

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
sorokovamg@mgppu.ru

Annual reports of student counseling services and empirical findings demonstrate growing prevalence of student maladjustment. Perfectionism is among highly disputable factors of this tendency. A study was conducted in the sample of 226 Russian university students. Indices of perfectionism, social comparisons, envy and competitiveness were examined. Students high in perfectionism reported significantly higher levels of contrastive upward social comparisons, envy, hypercompetitiveness and depression than those low in perfectionism. Envy and social comparison orientation partially mediated a relationship between perfectionism and depression.

Keywords: perfectionism, social comparison, envy, competitiveness, student maladjustment.

For citation:

Garanian N.G., Klykova A.Yu., Sorokova M.G. Perfectionism, Envy and Hypercompetitiveness among University Students. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2018. Vol. 26, no. 2, pp. 7–32. doi: 10.17759/cpp.2018260202. (In Russ., abstr. in Engl.).

* *Garanian Natalia Georgievna*, Doctor In Psychology, Professor, Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Faculty of Counseling & Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, e-mail: garanian@mail.ru

** *Klykova Aleksandria Yurievna*, student, Faculty of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, e-mail: coverforalex@ya.ru

*** *Sorokova Marina Gennadievna*, Doctor In Physics and Mathematics, Professor, Department of Applied Mathematics, Faculty Of Informational Technologies, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, e-mail: sorokovamg@mgppu.ru

REFERENCES

1. Beskova T.V. Vzaimosvyaz' perfekcionizma so sposobami reagirovaniya na uspekhi i neudachu Drugogo [Elektronnyi resurs] [The connection between perfectionism and reactions to the Other's success and failure]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya: ehlektronnyj zhurnal* [Current issues of science and education: web journal], 2012, no. 2. Available at: <https://science-education.ru/pdf/2012/2/410.pdf> (Accessed 14.04.2018)
2. Beskova T.V. Psikhologicheskie mekhanizmy formirovaniya zavisti i ee determinanty [Elektronnyi resurs] [Psychological mechanisms of envy formation and its determinants]. *Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo oblastnogo universiteta: ehlektronnyj zhurnal* [Moscow Region State University Herald: web journal], 2013, no. 1. Available at: http://vestnik-mgou.ru/vipuski/2013_1/stati/pdf/beskova.pdf (Accessed 14.04.2018)
3. Garanyan N.G., Kholmogorova A.B., Yudeeva T.Yu. Perfektsionizm, depressiya i trevoga [Perfectionism, depression and anxiety]. *Moskovskii psikhoterapevticheskii zhurnal* [Moscow Psychotherapeutic Journal], 2001, no. 4, pp. 18—48.
4. Garanyan N.G., Andrusenko D.A., Khlomov I.D. Perfektsionizm kak faktor studentcheskoi dezadaptatsii [Perfectionism as a factor of students' disadaptation]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie* [Psychological Science and Education], 2009, no. 1, pp. 72—81. (In Russ., abstr. in Engl.).
5. Garanyan N.G. Teoriya sotsial'nogo sravneniya v klinicheskoi psikhologii [Theory of social comparison in clinical psychology]. *Psikhologicheskii zhurnal*, 2015. Vol. 36 (4), pp. 36—49.
6. Garanyan N.G., Pushkina E.S. Proverka validnosti i nadezhnosti russkoyazychnoi versii metodiki "Shkala orientatsii na sotsial'nye sravneniya Iowa-Netherlands" v vyborke studentov [Establishing Validity and Reliability of the Russian Version of The Iowa-Netherlands comparison orientation measure in student's sample]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2016. Vol. 24 (2), pp. 64—92. doi:10.17759/cpp.2016240205. (In Russ., abstr. in Engl.).
7. Garanyan N.G., Shchukin D.A. Chastye sotsial'nye sravneniya kak faktor emotsional'noi dezadaptatsii studentov [Frequent social comparison and emotional maladjustment among students]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2014, no. 4, pp. 182—206. (In Russ., abstr. in Engl.).
8. Gorshenina N.V. Zavist' kak nravstvenno-eticheskoe kachestvo studenta [Envy as a moral-ethical quality of a student]. *Sovremennye issledovaniya sotsial'nykh problem* [Current Studies Of Social Issues], 2012, no. 12, p. 16.
9. Gorchakova V.A., Landa L.A., Matytsina V.A., Krasnova V.V., Klimenkova E.N., Kholmogorova A.B. Psikhologicheskaya dezadaptatsiya u studentov sistemy srednego i vysshego professional'nogo obrazovaniya: sravnitel'nyi analiz [Psychological maladjustment in students of secondary and higher education: a comparative analysis]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie* [Psychological Science and Education], 2013, no. 4, pp. 5—14. (In Russ., abstr. in Engl.).
10. Krasik E.D., Polozhii B.S., Kryukov E.A. Nervno-psikhicheskie zabolevaniya u studentov [Nervous and mental disorders in students]. Tomsk: Tomsk University Publ., 1982. 7 p.
11. Matyushkina E.Ya. Uchebnyi stress u studentov pri raznykh formakh obucheniya [Academic stress of students with different forms of learning]. *Konsul'tativnaya*

- psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2016. Vol. 24 (2), pp. 47—63. doi:10.17759/cpp.2016240204. (In Russ., abstr. in Engl.).
12. Moskova M.V. Lichnostnye faktory emotsional'noi dezadaptatsii studentov: Avtoref. diss. ... kand. psikhol. nauk [Personal factors of emotional maladjustment in students. Ph. D. (Psychology) Thesis]. Moscow, 2008. 23 p.
 13. Muzdybaev K. Zavistlivost' lichnosti [Envy of personality]. *Psikhologicheskii zhurnal*, 2002. Vol. 23 (6), pp. 38—50.
 14. Tarabrina N.V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Handbook of post-traumatic stress psychology]. Saint Petersburg: Piter, 2001. 268 p.
 15. Kholmogorova A.B. Integrativnaya psikhoterapiya rasstroistv affektivnogo spektra [Integrative psychotherapy of affective spectrum disorders]. Moscow: «MEDPRAKTIKA-M», 2011. 480 p.
 16. Horney K. Nevroticheskaya lichnost' nashego vremeni [The Neurotic Personality of Our Time]. Moscow: Progress-Univers, 1993. 480 p. (In Russ.).
 17. Tsygankova P.V. Perfektsionnyi stil' lichnosti patsientov s narusheniem adaptatsii i suitsidal'nym povedeniem: Avtoref. diss. ... kand. psikhol. nauk. [Perfectionist personality style of patients with adjustment difficulties and suicidal behavior. Ph. D. (Psychology) Thesis]. Moscow, 2012. 33 p.
 18. Shifner N.A. Rasstroistva adaptatsii u studentov (ikh klinika i dinamika): Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. [Adjustment disorders in students (clinical aspects and dynamics). Ph. D. (Medicine) Thesis]. Moscow, 2011. 25 p.
 19. Benton S.A., Robertson J.M., Tseng W.-C., Newton F.B., Benton S.L. Changes in counseling center client problems across 13 years. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2003. Vol. 34 (1), pp. 66—72. doi:10.1037/0735-7028.34.1.66
 20. Curran T., Hill A.P. Perfectionism Is Increasing Over Time: A Meta-Analysis of Birth Cohort Differences From 1989 to 2016 // *Psychological Bulletin*. 2017. doi:10.1037/bul0000138
 21. Dijkstra P., Gibbons F., Buunk A. Social comparison theory. In J. Maddux, J. Tangney (eds.). *Social psychological foundations of clinical psychology*. London: Guilford Press, 2010, pp. 195—210.
 22. Gibbons F., Buunk B. Individual differences in social comparison: Development of a scale of social comparison orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1999. Vol. 76 (1), pp. 129—142. doi:10.1037/0022-3514.76.1.129
 23. Gallagher R.P. National survey of counseling center directors 2006. Project Report [Elektronnyi resurs]. International Association of Counseling Services, Inc., 2007. Available at: http://d-scholarship.pitt.edu/28167/1/2006_survey.pdf (Accessed 14.04.2018)
 24. Gallagher R.P. National survey of counseling center directors 2014. Project Report [Elektronnyi resurs]. International Association of Counseling Services, Inc., 2015. Available at: http://d-scholarship.pitt.edu/28178/1/survey_2014.pdf (Accessed 14.04.2018)
 25. Garcia S., Tor A., Schiff T. The Psychology of Competition: A Social Comparison Perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 2013. Vol. 8 (6), pp. 634—650. doi:10.1177/1745691613504114
 26. Festinger L. A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 1954. Vol. 7 (2), pp. 117—140. doi:10.1177/00187267540070020

27. Flett G., Madorsky D., Hewitt P., Heisel P. Perfectionism cognitions, rumination, and psychological distress. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 2002. Vol. 20 (1), pp. 33—47.
28. Flett G., Hewitt P., Sherry S. Deep, dark, and dysfunctional: The destructiveness of interpersonal perfectionism. In V. Zeigler-Hill, D.K. Marcus (eds.). *The Dark Side of Personality: Science and practice in social, personality, and clinical psychology*. Washington, DC: American Psychological Association, 2016, pp. 211—226. doi:10.1037/14854-011
29. Habke M., Flynn C. Interpersonal aspects of trait perfectionism. In G. Flett, P. Hewitt (eds.). *Perfectionism: Theory, research and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association, 2002, pp. 151—181.
30. Hamilton T., Schweitzer R. The cost of being perfect: perfectionism and suicide ideation in university students. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2000. Vol. 34 (5), pp. 829—835. doi:10.1080/j.1440-1614.2000.00801.x
31. Hewitt P., Flett G. Perfectionism and stress processes in psychopathology. In G. Flett, P. Hewitt (eds.). *Perfectionism: Theory, research and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association, 2002, pp. 255—285.
32. Hewitt P., Flett G., Mikail S. Perfectionism. A relational approach to conceptualization, assessment and treatment. New York: The Guilford Press, 2017. 336 p.
33. Kadison R., Digeronimo T. College of the Overwhelmed: The Campus Mental Health Crisis and What to Do About It. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2004. 296 p.
34. McCullough M.E., Emmons R.A., Tsang J.-A. The grateful disposition: a conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2002. Vol. 82 (1), pp. 112—127. doi:10.1037/0022-3514.82.1.112
35. Reetz D., Bershad C., LeViness P., Whitlock M. The Association for University and College Counseling Center Directors Annual Survey. Reporting period: September 1, 2015 through August 31, 2016 [Elektronnyi resurs]. Available at: <https://www.aucccd.org/assets/documents/aucccd%202016%20monograph%20-%20public.pdf> (Accessed 14.04.2018).
36. Rice K.G., Ashby J.S., Slaney R.B. Self-esteem as a mediator between perfectionism and depression: a structural equation analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 1998. Vol. 45 (3), pp. 304—314. doi:10.1037/0022-0167.45.3.304
37. Ryckman R., Libby C., vander Borne B., Gold J., Lindner M. Values of hypercompetitive and personal development competitive individuals. *Journal of Personality Assessment*, 1997. Vol. 69 (2), pp. 271—283. doi:10.1207/s15327752jpa6902_2
38. Ryckman R., Hammer M., Kaczor L., Gold J. Construction of a hypercompetitive attitude scale. *Journal of Personality Assessment*, 1990. Vol. 55 (3—4), pp. 630—639. doi:10.1080/00223891.1990.9674097
39. Ryckman R., Hammer M., Kaczor L., Gold J. Construction of a Personal Development Competitive Attitude Scale. *Journal of Personality Assessment*, 1996. Vol. 66 (2), pp. 374—385. doi:10.1207/s15327752jpa6602_15
40. Smith H., Kim S. Comprehending envy. *Psychological Bulletin*, 2007. Vol. 133 (1), pp. 46—64. doi:10.1037/0033-2909.133.1.46
41. Smith H. Envy and its transmutations. In L. Tiedens, C. Leach (eds.). *The social life of emotions*. Cambridge: Cambridge University Press, 2004, pp. 43—63.
42. Van der Zee K., Buunk B., Sanderman R., Botke G., van der Bergh F. Social comparison and coping with cancer treatment. *Personality and Individual Differences*, 2000. Vol. 28 (1), pp. 17—34. doi:10.1016/S0191-8869(99)00045-8

ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ У ПОДРОСТКОВ С САМОПОВРЕЖДАЮЩИМ И СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Н.Ю. ФЕДУНИНА*,
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,
natalia_fedunina@mail.ru

Г.С. БАННИКОВ**,
ФГБОУ ВО МГППУ, Московский НИИ психиатрии — филиал ФГБУ
«ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия,
bannikov68@mail.ru

Т.С. ПАВЛОВА***,
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,
pavlovats@mgppu.ru

Для цитаты:

Федунина Н.Ю., Банников Г.С., Павлова Т.С., Вихристюк О.В., Баженова М.Д. Особенности совладания со стрессом у подростков с самоповреждающим и суицидальным поведением // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 2. С. 33—52. doi: 10.17759/cpp.2018260203

* *Федунина Наталья Юрьевна*, кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник, Центр экстренной психологической помощи, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, e-mail: natalia_fedunina@mail.ru

** *Банников Геннадий Сергеевич*, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, Отделение клинической и профилактической суицидологии, Московский НИИ психиатрии — филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России; заведующий лабораторией «Научно-методическое обеспечение экстренной психологической помощи» Центра экстренной психологической помощи, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, e-mail: bannikov68@mail.ru

*** *Павлова Татьяна Сергеевна*, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник Центра экстренной психологической помощи, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, e-mail: pavlovats@mgppu.ru

О.В. ВИХРИСТЮК****,
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,
vikhristukov@mgppu.ru

М.Д. БАЖЕНОВА*****,
Институт консультативной психологии и консалтинга,
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,
maribazh@gmail.com

Представлены результаты исследования особенностей стратегий совладания у подростков из группы риска по самоповреждающему и суицидальному поведению (N=174). Гипотеза заключалась в поиске различий профилей совладающего поведения в зависимости от типа актуального стресса. Были рассмотрены следующие типы стресса: развод родителей, смерть близких или родственников, конфликт с родителями, тяжелое соматическое заболевание, трудности в школе, неразделенная любовь, другое, отсутствие актуального стресса. Выявлены как общие, так и специфические для разных типов стресса стратегии совладания. К общим относится более частое использование стратегии «избегание—бегство». Обследуемая выборка отличалась скорее более высокими показателями по низкоуровневым стратегиям, чем снижением по высокоуровневым (таким как планирование или положительная переоценка). Обсуждены возможности использования результатов в профилактической работе.

Ключевые слова: совладание, самоповреждающее поведение, стресс, подростки.

Подростковый возраст — время кардинальных биологических и социальных перемен, что делает этот период особенно уязвимым для стресса и фрустрации, а совладание с ними становится одним из центральных процессов в формировании личности. Стратегии совладания отражают психологическую ситуацию подростка и оказывают существенное влияние на его психическое здоровье [29]. Дезадаптивные стратегии совладания, предпочтение избегающего и дефицитарность проблемно-сфокусированного поведения встречаются значимо чаще у подростков с суицидальным и самоповреждающим поведением, чем у сверстников [13; 14; 17; 21].

**** Вихристюк Олеся Валентиновна, кандидат психологических наук, руководитель Центра экстренной психологической помощи, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, e-mail: vikhristukov@mgppu.ru

***** Баженова Марина Дмитриевна, руководитель консультативного центра при Институте консультативной психологии и консалтинга (ФПК-Институт); Центр экстренной психологической помощи, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, e-mail: maribazh@gmail.com

Предпочитаемые паттерны совладания наиболее активно формируются как раз в подростковом возрасте, что делает этот жизненный этап сензитивным к осознанному и неосознанному выбору тех способов, которые в дальнейшем будут закреплены. Так, ряд специфических паттернов копинга, характерных для подростков с девиантным и антивитаальным поведением — избегание, фокусировка на негативных аспектах и переживания, отказ от своих желаний, отрицание — прослеживается в стратегиях совладания со стрессом и у взрослых с антивитаальным поведением.

В исследовании Н.А. Сироты и В.М. Ялтонского было установлено, что базисные совладающие стратегии развиваются как раз в подростковом возрасте. Кроме того, в этот период формируются и ситуационно-специфические копинг-стратегии, по мере развития они становятся основными и характеризуют стиль совладающих стратегий личности [8].

В исследовании совладания у подростков с суицидальным поведением наиболее принятой можно считать апелляцию к различиям между проблемно-сфокусированным и эмоционально-сфокусированным видами копинга. Проблемно-сфокусированный копинг предполагает совершение действий, направленных на изменение сложившихся обстоятельств, вызывающих стресс. Эмоционально-сфокусированный копинг заключается в попытке изменения самого негативного эмоционального переживания, вызванного стрессом. Дихотомическая категоризация подвергается сегодня серьезной критике. Отмечается, что общие категории являются слишком широкими, что существуют ситуативные факторы обращения к одному или второму типу совладания. Например, люди склонны к использованию проблемно-ориентированных стратегий копинга в отношении ситуаций, которые, с их точки зрения, они смогут разрешить, и эмоциональные стратегии в ситуациях, кажущихся неразрешимыми, где, по мнению человека, он ничего не может изменить [28].

Наряду с дихотомическим делением, исследователями приводится очень широкий спектр отдельных стратегий совладания: когнитивное переструктурирование, катастрофизация, физическая активность, самокритика, социальное отстранение, юмор, употребление ПАВ, поиск социальной поддержки, отреагирование, обращение к религии, занятие спортом и пр. Объем понятия расширяется, и практически все физические и ментальные реакции человека можно найти в перечне стратегий совладания. Разнообразие, а также различия в категоризации затрудняют сравнения между исследованиями [16]. Авторы методики COPE К. Карвер, М. Шейер и Дж. Вейнтрауб отказываются от выявления универсальных дихотомических групп и настаивают на оценке ситуационных копинг стратегий. Однако разделение пассивного и активного копинга, ориентированного на проблему и ориентированного на эмоции остается очень популярным.

Считается, что при активном стиле совладания человек может модулировать негативные эмоции, что помогает снизить стресс и изменить негативные эмоциональные проявления и девиантное поведение. При пассивном стиле человек демонстрирует уход от реальности, не способен ни проверить свои поведенческие гипотезы, ни приобрести новый опыт, ни продуктивно разрешить эмоциональное напряжение, что, скорее, приводит к поведенческим девиациям. Пассивные стратегии копинга признаются фактором риска суицидального поведения среди подростков и молодежи как в клинической, так и в общей популяции [5; 23; 27; 29]. Поведенческое отстранение, невовлеченность и самообвинение связаны с высоким уровнем депрессии, тогда как планирование, активный копинг, инструментальная поддержка негативно связаны с депрессией и суицидальными мыслями [16].

Избегание упоминается как фактор риска суицидальности в большинстве исследований связи копинга и подросткового суицидального поведения. Каттимани и коллеги выявили, что проблемно-сфокусированный копинг значимо реже используется подростками с историей импульсивных реактивных попыток суицида, которые, скорее, склонны предоставить проблеме разрешаться самой, выбросить ее из головы, избегать ее [18]. Что касается других непродуктивных стратегий совладания, то здесь Мэтью и Нану [21] приводят конфронтацию и дистанцирование, значимо более выраженные у суицидентов в сравнении с контрольной группой подростков. Кроме того, в том же исследовании показано, что стратегии самоконтроля, принятия ответственности, планирования решения проблем и позитивной переоценки, напротив, значимо больше используются подростками без суицидального поведения. Таким образом, паттерн стратегий совладания, который можно рассматривать как фактор риска суицидальности, включает, прежде всего, высокие показатели по параметру избегания—бегства, а также рост по шкалам конфронтации и дистанцирования в сочетании со снижением по продуктивным шкалам, таким как планирование решения проблемы, позитивная переоценка, самоконтроль, социальная поддержка. Исследования показывают, что подростки с суицидальным поведением имеют дефицитарность в восприятии, понимании и оценке стандартной стрессовой, проблемной ситуации и склонны неточно истолковывать уровень опасности. Процесс оценки стресса предполагает интерпретацию средовых требований и угроз, которая влияет на эмоциональную реакцию на ситуацию. Подростки с суицидальным поведением могут испытывать трудности в оценке своего личного вклада в проблемную ситуацию, оценивают себя в проблемной ситуации как обладающих низкой вероятностью успеха [28].

В последнее время к важному механизму самоповреждающего и суицидального поведения все чаще относят экспириенциальное избегание.

Экспириенциальное избегание — широкая категория различных типов поведения, основной функцией которых является избегание неприятных внутренних ощущений. Варианты избегаемого опыта включают мысли, чувства, физические ощущения и любые другие внутренние переживания, вызывающие дискомфорт или дистресс [15].

Спекет и Хоутон пришли к выводу, что подростки с историей суицидального поведения имеют выраженную дефицитарность навыков совладания по сравнению со сверстниками [20]. Это делает стратегии совладания и их изменение важной мишенью в профилактике суицида [27]. В рамках превентивных мер по снижению риска суицидального поведения необходима работа по развитию позитивных форм совладающего поведения [12; 14]. В первую очередь работа должна быть направлена на изменение избегающего копинга: сенситизация к нормальным эмоциональным реакциям (осознанность, обучение распознаванию эмоций, внимательность к физиологическим сигналам эмоциональных состояний) и тренинг решения проблем в рамках когнитивно-поведенческого подхода [22].

Однако пространство самоповреждающего и суицидального поведения очень гетерогенно [7; 9; 10]. Случаи антивитального поведения различаются по критерию импульсивности [18], выраженности депрессивного или патохарактерологического компонента [2] и пр. Степень и актуальность стресса являются значимыми предикторами суицидальных мыслей, а паттерн психологических проявлений психологического неблагополучия и факторов риска суицидальности в значительной степени зависит от типа переживаемой стрессовой ситуации [11].

В данной статье рассматриваются особенности совладания у подростков, находящихся в различных стрессовых ситуациях и имеющих историю самоповреждающего и суицидального поведения. К традиционно выделяющимся проблемам в школе, в отношениях с родителями, в романтических отношениях [25] были добавлены категории, раскрывающие семейные стрессоры (развод родителей, смерть близких или родственников), а также категория соматического благополучия подростка (тяжелое заболевание) и дополнительная возможность отметить наличие стресса без его спецификации («другое»).

Метод

Выборку составили 822 подростка 7—11 классов города Москвы, принявшие участие в мониторинге факторов риска суицидального поведения в 2017 году. По результатам фронтального опроса 174 подростка вошли в категорию риска по наличию истории самоповреждающего или

суицидального поведения (вопрос 11 опросника PDQ-IV)¹. 113 подростков группы риска отметили наличие актуальных стрессовых событий. В зависимости от типа актуального стресса было выделено несколько групп для дальнейшего анализа: отсутствие актуального стресса (61 человек), развод родителей (2 человека), смерть близких или родственников (14 человек), конфликт с родителями (20 человек), тяжелое соматическое заболевание (2 человека), трудности в школе (14 человек), неразделенная любовь (19 человек), другое (42 человека). Поскольку подгруппы «развод родителей» и «тяжелое соматическое заболевание» составили по 2 человека, они были исключены из описания.

Методики. Для анализа паттерна механизмов совладания применялся опросник «Способы совладающего поведения» (*Ways of Coping Questionnaire*) в адаптации Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтык [4].

История самоповреждающего или суицидального поведения выявлялась опросником личностных расстройств PDQ-IV (*Personality Disorders Questionnaire*; Hyler S.E.) [1; 3].

Статистический анализ данных проводился с помощью программы SPSS Statistics 14.0.

Результаты

Сравнение группы риска и контрольной группы осуществлялось с помощью непараметрического критерия U Манна—Уитни. Подростки группы риска по самоповреждающему поведению (СП) значимо отличались от сверстников по выраженности практически всех стратегий совладания: конфронтации ($p=0,000$), дистанцирования ($p=0,004$), принятия ответственности ($p=0,000$), избегания—бегства ($p=0,000$), планирования ($p=0,001$) и положительной переоценки ($p=0,026$). Для подростков с историей самоповреждающего и суицидального поведения характерен более высокий уровень конфронтации, дистанцирования, избегания—бегства и принятия ответственности, а также недостаточная представленность стратегий планирования и положительной переоценки (рис. 1).

Наиболее многочисленной является группа подростков, испытывающих тяжелые **конфликты с родителями** (20 человек). Профиль стратегий совладания в этой группе отличается от «нормы» значимо более высоким уровнем конфронтации ($p=0,021$) и избегания—бегства ($p=0,027$) (рис. 2).

¹ Поскольку в методике самоповреждающее и суицидальное поведение представлены в одном пункте, в статье оба эти типа рассматриваются в качестве единой категории. Такой подход исходно определялся задачами скрининга, направленного на общее выделение группы риска.



Рис. 1. Профиль средних показателей по стратегиям совладания в норме и группе риска СП



Рис. 2. Профиль средних показателей по стратегиям совладания в норме и группе риска СП «Конфликты с родителями»

Значимое повышение показателей по стратегии конфронтации, отражающей активные действия по разрешению ситуации и отреагирование негативных эмоций, может свидетельствовать о той взрывной силе, бурлящей энергии, которая таится в психике подростков этой группы, высокой аффективной заряженности, возможно, склонности к импульсивному поведению по типу отреагирования и разрядки напряжения. Предпочтение стратегии избегания—бегства в сочетании с конфронтацией может свидетельствовать об отрицании проблемы, уклонении от

ее решения, неоправданных ожиданиях, уклонении от ответственности, краткосрочной жизненной перспективе и грубых искажениях в восприятии социальных ситуаций. Судя по данным других методик (значимым отличиям по безнадежности, одиночеству, всем параметрам совладания с агрессией), ситуация эмоциональной невыносимости толкает подростков этой группы — стеничных и активных в своем переживании и сопротивлении «враждебному» окружению — на импульсивное поведение с компонентами враждебности, гнева и конфликтности, стирания границ и допущением насилия как в отношении других, так и в отношении себя.

Второй по численности стала группа стресса, связанного с романтическими отношениями — «неразделенная любовь».

Трудности и прекращение романтических отношений являются одной из основных причин импульсивных суицидальных попыток. Они характеризуются высоким уровнем безнадежности, эмоционально-сфокусированным совладанием (выкинуть проблему из головы), субъективным ощущением переполненности жизни стрессовыми событиями [18]. Результаты нашего обследования согласуются с данными Катимани и коллег: выявлен значимо более высокий уровень бегства ($p=0,000$), дистанцирования ($p=0,007$), конфронтации ($p=0,000$) и принятия ответственности ($p=0,000$) (рис. 3).



Рис. 3. Профиль средних показателей по стратегиям совладания в норме и группе риска СП «Неразделенная любовь»

Таким образом, к более выраженным стратегиям конфронтации и бегства, свойственным группе «конфликты с родителями», подростки, переживающие неразделенную любовь и другие проблемы романтических отношений, добавляют также активное использование элементов

дистанцирования (отстранения, обесценивания или идеализации объекта романтических отношений, отрицания, рационализации), а также принятия ответственности со свойственными данной стратегии действиями самокопания, самообвинения, самокритики. Переживание собственной вины, чувства несправедливости, чувства потери другого как важной части себя может приводить к временной дезинтеграции, ощущению покинутости, потери опоры, агрессивному поведению как реакции на нарушение целостности или как искуплению за нанесенный объекту привязанности или отношениям вред.

Подростки с суицидальным поведением, испытывающие **трудности в школе** (14 человек), значительно отличались от сверстников группы «норма» прежде всего снижением по шкале планирования ($p=0,054$, на уровне тенденции) в сочетании с возрастанием избегания—бегства ($p=0,011$, критерий Манна—Уитни) и самоконтроля ($p=0,034$) (рис. 4).



Рис. 4. Профиль средних показателей по стратегиям совладания в норме и группе риска СП «Трудности в школе»

Согласно исследованиям, низкая академическая успеваемость и проблемы в школе позитивно связаны с суицидальным поведением (как с намерениями, так и с совершением попыток самоубийства). Льюис и коллеги показывают, что риск суицидального поведения значимо выше у школьников с низкими академическими результатами, и предполагают, что это происходит за счет более высокого уровня депрессии, которая наблюдается у детей и подростков с низкой успеваемостью [19]. Исследование Е.Л. Перченко посвящено выявлению особенностей стратегий совладания на студенческой аудитории [6]. Было показано, что в стрессовой ситуации более успешные в академическом плане сту-

денты склонны к использованию стратегий планирования, обращения за помощью к другим людям, активной регуляции своих чувств и позитивного роста на основании полученного опыта. В менее успешной с точки зрения успеваемости группе наблюдалась склонность к избеганию, агрессивной конфронтации, росту рискованного поведения, нисходящим социальным сравнениям (с людьми в еще более бедственном положении). Интересен характер этих связей, а также возможность использования данных в профилактической работе. Например, может ли обучение гибким навыкам, связанным с продуктивными стратегиями совладания, привести к повышению академической успеваемости.

В нашем исследовании было показано, что подростков с низкой успеваемостью, обнаруживающих самоповреждающее поведение, характеризует снижение стратегии планирования и повышение избегания и самоконтроля. Можно предположить, что в этой группе обнаруживается выраженная потребность в самообладании и поддержании внутреннего равновесия, создании образа человека, справляющегося с жизнью и не разрушающегося от негативных событий (например, плохих оценок и упреков родителей). Однако избегание в сочетании с подавлением и сдерживанием эмоций и импульсивных реакций может приводить к трудностям понимания и выражения собственных переживаний, желаний, потребностей, а стремление избежать импульсивности и держать ситуацию под контролем не может осуществляться в полноте в силу недооценки или недостаточной сформированности более высокоуровневых стратегий планирования.

Переживание **смерти близких** у респондентов с историей самоповреждающего и суицидального поведения (14 человек) характеризуется выраженным ростом целого ряда защитных стратегий совладания с горем. Как и в предыдущем случае, были выявлены значимые отличия по параметрам конфронтации ($p=0,000$), дистанцирования ($p=0,038$), бегства ($p=0,021$), принятия ответственности ($p=0,019$), а также по параметру самоконтроля ($p=0,002$) (рис. 5).

Смерть близкого человека всегда оказывается неожиданной, сопровождается шоком, потерей опоры. Резкий рост конфронтации в данной подгруппе может отражать отголоски стадии активного протеста против случившегося, несогласия с несправедливостью, непринятия реальности, преисполненности гневом. Характерное для процесса горевания дистанцирование может проявляться в активном фантазировании («вот изобретут машину времени, надо просто подождать, и мы встретимся»), постоянном воспоминании и соединении с образом объекта привязанности. Дистанцирование в сочетании с нежеланием и неумением проявить эмоционально свое горе, попытками «держаться», принятием ответственности и переживанием своей вины перед умершим, активным отрешением от реальности (в которой значимого другого уже нет) делает



Рис. 5. Профиль средних показателей по стратегиям совладания в норме и группе риска СП «Смерть близких и родственников»

подростка чрезвычайно уязвимым к той буре протеста и неприятия действительности, которая происходит в его душе.

Очень интересной нам показалась категория, отметившая наличие стрессовой ситуации, однако не выбравшая ни один из предложенных вариантов. С одной стороны, перечень приведенных стрессов, безусловно, не является исчерпывающим. Так, следовало бы добавить и выделить отдельно «проблемы в отношениях со сверстниками». Однако выбор «*другое*» также может свидетельствовать о недостаточной символизации, когда напряжение переживается как размытое и не хватает понимания его причин и следствий, а также о нежелании самораскрытия.

Были выявлены значимые отличия по параметрам «конфронтация» ($p=0,003$), «поиск социальной поддержки» ($p=0,023$), «бегство» ($p=0,000$), «планирование» ($p=0,037$) и «положительная переоценка» ($p=0,000$) (рис. 6). Эта подгруппа единственная обнаружила резкий спад по двум основным продуктивным стратегиям — планированию и положительной переоценке, — а также значимое снижение по поиску социальной поддержки. В сочетании с параметрами бегства и конфронтации у этих подростков вырисовывается достаточно проблемная ситуация риска импульсивного поведения, плохого понимания происходящего с ними, а также недостатка ресурсов (собственных и социальных) для совладания с трудностями. Подростки с самоповреждающим поведением чаще отмечают, что не могут поговорить о происходящем с членами семьи, друзьями, учителями [13]. Как показывают исследования, установки в отношении поиска помощи поддерживают и подкрепляют дезадаптивный копинг [14].



Рис. 6. Профиль средних показателей по стратегиям совладания в норме и группе риска «Другое»

Значительная доля респондентов выбрали категорию *«отсутствия актуальных стрессоров»*, однако в подгруппе респондентов, имеющих историю суицидального и самоповреждающего поведения, но отметивших отсутствие актуальных стрессоров в последние полгода, были выявлены значимые различия по ряду параметров: конфронтации ($p=0,034$), избеганию—бегству ($p=0,02$), дистанцированию ($p=0,010$) и принятию ответственности ($p=0,017$) — по сравнению с группой нормы. Как и в случае выбора категории «другое», здесь может идти речь о нежелании отвечать содержательно на вопрос о наличии актуального стресса, а также о действии самих стратегий избегания и дистанцирования. Как бы то ни было, можно сказать, что даже в отсутствие выраженных стрессовых событий подростки с историей самоповреждающего и суицидального поведения отличаются от сверстников по стратегиям совладания со стрессом.

Обсуждение результатов

В современной литературе практически единодушно отмечается роль навыков совладания в суицидальном и самоповреждающем поведении [26; 27]. Однако стрессовые события могут быть разными, что может потребовать более дифференцированного анализа переживаний и совладающего поведения подростков. Гипотеза о различиях профиля копинг-стратегий нашла свое подтверждение. Была выявлена константа совладания, наблюдающаяся при всех типах стрессовых событий — «избегание—бегство». Многочисленные исследования показывают, что

различные формы избегающего поведения являются значимым предиктором клинической симптоматики [17; 18; 21]. Однако распределение других стратегий существенным образом отличалось от актуальной стрессовой ситуации. Профилактические интервенции при самоповреждении и суицидальном поведении должны быть направлены на этот компонент совладания вне зависимости от типа переживаемого стресса или его отсутствия.

В то же время другие стратегии обнаружили вариантивность в зависимости от типа стрессора. Так, повышение показателей конфронтации было выявлено в подгруппах «конфликты с родителями», «неразделенная любовь», «смерть близкого», «другое», «отсутствие стресса». Впрочем, личностный смысл, проявления и место конфронтации в совладании могут существенно различаться. Так, при конфликтах с родителями попытки разрешения проблемы в большей степени носят поведенческий характер, связанный с активным противостоянием и совершением реальных действий, направленных на поддержание процессов развития и изменения в семейной системе. Тогда как при горевании объектом конфронтации может быть сама новая реальность, в которой уже нет близкого человека, и в этом случае она является отражением гомеостатических процессов. Понимание смысла стратегии помогает лучше выбрать мишени консультирования и профилактики.

Рост дистанцирования наблюдался в подгруппах «неразделенная любовь», «смерть близких», «отсутствие стресса». Во всех этих ситуациях оно может отражать трудности символизации, невозможность принятия произошедшего. Несчастливая любовь, расставание в чем-то сродни символической смерти значимого объекта. Поэтому интересно и одновременно закономерно их совпадение в ведущем механизме совладания.

Стратегия самоконтроля оказалась наиболее выраженной у респондентов, испытывающих трудности в школе и переживающих смерть близких. В литературе эта стратегия относится к высокоуровневым, однако во всех трех случаях было выявлено значимое повышение по этому параметру. Вероятно, в данном случае «самоконтроль» отражает внутреннюю стратегию подавления и сокрытия от окружающих, невозможность самораскрытия, связанного с неверием в то, что они найдут понимание.

Поиск социальной поддержки также относится к продуктивным копинг-стратегиям. Неудивительно, что ни в одной группе не отмечалось повышения результатов по этому параметру. Значимо более низкие результаты, чем в условной «норме», были выявлены у подростков подгруппы «другое», не выделивших источник стресса, но указавших на его наличие.

Стратегия принятия ответственности оказалась значимо более выраженной у подростков, переживающих несчастную любовь, смерть близкого, а также обозначившие отсутствие стрессоров. Ситуации потери

(физической и символической) снова встретились вместе. Во всех трех случаях принятие ответственности может отражать внутреннюю работу поиска причин в себе, самообвинения.

Планирование и позитивная переоценка традиционно выделяются среди наиболее продуктивных стратегий. Снижение позитивной переоценки и трудности планирования обозначились в подгруппе «другое».

Выводы

Таким образом, для обследованной выборки подростков с самоповреждающим и суицидальным поведением характерно не столько снижение по высокоуровневым стратегиям (таким как планирование или позитивная переоценка), сколько предпочтение низкоуровневых стратегий, в первую очередь избегания, а также дистанцирования и конфронтации.

Выявленная константа совладания, наблюдающаяся при всех типах стрессовых событий — «избегание—бегство», подтверждает необходимость осуществления профилактических интервенций, направленных на этот компонент совладания, вне зависимости от типа переживаемого стресса или его отсутствия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Банников Г.С. Роль личностных особенностей в формировании структуры депрессии и реакций дезадаптации: дисс. ... канд. мед. наук. М., 1998. 220 с.
2. Банников Г.С., Федунина Н.Ю., Павлова Т.С., Вихристюк О.В., Летова А.В., Баженова М.Д. Ведущие механизмы самоповреждающего поведения у подростков: по материалам мониторинга в образовательных организациях // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 42—68. doi:10.17759/cpp.2016240304
3. Дворщенко В.П. Диагностический тест личностных расстройств. СПб.: Речь, 2008. с. 128.
4. Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) // Журнал практического психолога. 2007. № 3. С. 93—112.
5. Павлова Т.С. Копинг-стратегии подростков с антивитаальными переживаниями [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2013. № 1. URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2013/n1/59152.shtml (дата обращения: 10.10.2017).
6. Перченко Е.Л. Особенности совладающего поведения у студентов с разным уровнем успеваемости // Научные исследования и разработки в эпоху глобализации: сборник статей Международной научно-практической конференции (25 ноября 2016 г., г. Пермь): в 7 ч. Ч. 6. Пермь: АЭТЕРНА, 2016. С. 132—136.

7. *Польская Н.А.* Причины самоповреждения в юношеском возрасте (на основе шкалы самоотчета) // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 2. С. 140—152.
8. *Сирота Н.А., Ялтонский В.М.* Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 1994. № 1. С. 63—74.
9. *Сыроквашина К.В.* Современные психологические модели суицидального поведения в подростковом возрасте // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25. № 3. С. 60—75. doi:10.17759/cpp.2017250304
10. *Фесенко Ю.А., Холмогорова А.Б.* Случаи суицидов среди подростков как социальная проблема: по следам V всероссийского форума «Наши дети здоровые детей и факторы, его формирующие» // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25. № 2. С. 188—193. doi:10.17759/cpp.2017250212
11. *Федунина Н.Ю., Банников Г.С., Вихристюк О.В., Баженова М.Д.* Особенности самооценки состояний одиночества и безнадежности у подростков с самоповреждающим поведением на фоне разных стрессовых ситуаций // Перспективы психологической науки и практики: сборник статей Международной научно-практической конференции. РГУ имени А.Н. Косыгина, 16 июня 2017 г. М.: ФГБОУ ВО «РГУ имени А.Н. Косыгина», 2017. С. 668—671.
12. American Psychological Association. Guidelines for Prevention in Psychology // *American Psychologist*. 2014. Vol. 69 (3). P. 285—296. doi:10.1037/a0034569
13. *Evans E., Hawton K., Rodham K.* In what ways are adolescents who engage in self-harm or experience thoughts of self-harm different in terms of help-seeking, communication and coping strategies? // *Journal of Adolescence*. 2005. Vol. 28 (4). P. 573—587. doi:10.1016/j.adolescence.2004.11.001
14. *Gould M.S., Velting D., Kleinman M., Lucas C., Thomas J.G., Chung M.* Teenagers' Attitudes About Coping Strategies and Help-Seeking Behavior for Suicidality // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004. Vol. 43 (9). P. 1124—1133. doi:10.1097/01.chi.0000132811.06547.31
15. *Hayes S.C., Wilson K.G., Gifford E.V., Follette V.M., Strosahl K.* Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996. Vol. 64 (6). P. 1152—1168. doi:10.1037/0022-006X.64.6.1152
16. *Horwitz A.G., Hill R.M., King C.A.* Specific Coping Behaviors in Relation to Adolescent Depression and Suicidal Ideation // *Journal of Adolescence*. 2011. Vol. 34 (5). P. 1077—1085. doi:10.1016/j.adolescence.2010.10.004
17. *Seiffge-Krenke I.* Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology // *Journal of Adolescence*. 2000. Vol. 23 (6). P. 675—691. doi:10.1006/jado.2000.0352
18. *Kattimani S., Sarkar S., Rajkumar R.P., Menon V.* Stressful life events, hopelessness, and coping strategies among impulsive suicide attempters // *Journal of Neurosciences in Rural Practice*. 2015. Vol. 6 (2). P. 171—176. doi:10.4103/0976-3147.153222
19. *Lewis S.A., Johnson J., Cohen P., Garcia M., Noemi Velez C.* Attempted suicide in youth: Its relationship to school achievement, educational goals, and socioeconomic status // *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1988. Vol. 16 (4). P. 459—471. doi:10.1007/BF00914175

20. *Li Z., Zhang J.* Coping skills, mental disorders, and suicide among rural youths in China // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2012. Vol. 200 (10). P. 885—890. doi:10.1097/NMD.0b013e31826b6ecc
21. *Mathew A., Nanoo S.* Psychosocial stressors and patterns of coping in adolescent suicide attempters // *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2013. Vol. 35 (1). P. 39—46. doi:10.4103/0253-7176.112200
22. *Muehlenkamp J.J.* Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury // *Journal of Mental Health Counseling*. 2006. Vol. 28 (2). P. 166—185. doi:10.17744/mehc.28.2.6w61cut2lxjdg3m7
23. *Mirkovic B., Labelle R., Guilé J.-M., Belloncle V., Bodeau N., Knafo A., Condat A., Bapt-Cazalets N., Marguet C., Breton J.-J., Cohen D., Grrardin P.* Coping Skills Among Adolescent Suicide Attempters: Results of a Multisite Study // *Canadian Journal of Psychiatry*. 2015. Vol. 60 (2, suppl. 1). P. 37—45.
24. *Speckens A.E.M., Hawton K.* Social problem solving in adolescents with suicidal behavior: a systematic review // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2005. Vol. 35 (4). P. 365—387. doi:10.1521/suli.2005.35.4.365
25. *Spirito A., Overholser J., Stark L.J.* Common problems and coping strategies II: Findings with adolescent suicide attempters // *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1989. Vol. 17 (2). P. 213—221. doi:10.1007/BF00913795
26. *Stratta P., Capanna C., Carmassi C., Patriarca S., Di Emidio G., Riccardi I., Collazzoni A., Dell’Osso L., Rossi A.* The adolescent emotional coping after an earthquake: A risk factor for suicidal ideation // *Journal of Adolescence*. 2014. Vol. 37 (5). P. 605—611. doi:10.1016/j.adolescence.2014.03.015
27. *Vojudi B., Hashemi T., Abdolpour G., Mashinchi A.N.* Predicting suicide ideation based on identity styles and coping strategies // *Contemporary Psychology*. 2015. Vol. 10 (1). P. 47—56.
28. *Wilson K.G., Stelzer J., Bergman J.N., Kral M.J., Inayatullah M., Elliott C.A.* Problem Solving, Stress, and Coping in Adolescent Suicide Attempts // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1995. Vol. 25 (2). P. 241—252.
29. *Yao Y.-S., Chang W.-W., Jin Y.-L., Chen Y., He L.-P., Zhang L.* Life satisfaction, coping, self-esteem and suicide ideation in Chinese adolescents: a school-based study // *Child: Care, Health and Development*. 2014. Vol. 40 (5). P. 747—752. doi:10.1111/cch.12142

COPING WITH STRESS IN ADOLESCENTS WITH SELF-HARM AND SUICIDAL BEHAVIOR

N.Y. FEDUNINA*,

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
natalia_fedunina@mail.ru

G.S. BANNIKOV**,

Moscow State University of Psychology & Education,
Moscow Research Institute of Psychiatry —
Branch of The Serbsky Federal Medical Research
Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia,
bannikovgs@mgppu.ru

T.S. PAVLOVA***,

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
pavlovats@mgppu.ru

O.V. VIKHRISTYUK****,

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
vikhristukov@mgppu.ru

For citation:

Fedunina N.Y., Bannikov G.S., Pavlova T.S., Vikhristyuk O.V., Bazhenova M.D. Coping with Stress in Adolescents with Self-Harm and Suicidal Behavior. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2018. Vol. 26, no. 2, pp. 33—52. doi: 10.17759/cpp.2018260203. (In Russ., abstr. in Engl.).

* *Fedunina Natalia Yur'evna*, PhD (Psychology), Leading Research Associate, Laboratory “Scientific and methodological support of emergency psychological aid”, Center for Emergency Psychological Aid, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, e-mail: natalia_fedunina@mail.ru

** *Bannikov Gennady Sergeevich*, PhD in Medicine, Senior Research Assistant, Department of Clinical Suicidology and Prevention, Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Head of Laboratory “Scientific and methodological support of emergency psychological aid”, Center for Emergency Psychological Aid, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, e-mail: bannikovgs@mgppu.ru

*** *Pavlova Tatiana Sergeevna*, PhD (Psychology), Senior research fellow, Laboratory “Scientific and methodological support of emergency psychological aid”, Center for Emergency Psychological Aid, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, e-mail: darzo@yandex.ru

**** *Vikhristyuk Olesya Valentinovna*, PhD (Psychology), Head of Center for Emergency Psychological Aid, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, e-mail: vikhristukov@mgppu.ru

M.D. BAZHENOVA*****,

Moscow State University of Psychology & Education, Institute of
Counseling Psychology and Consulting (FPC Institute), Moscow, Russia,
maribazh@gmail.com

The paper presents the results of the study of coping specifics in adolescents at risk of self-injurious and suicidal behavior (N=174). We hypothesized that profiles of coping depended on the types of actual stress. We took into consideration the following types of stressful circumstances: parental divorce, death of relatives or loved ones, conflict with parents, serious somatic disease, academic failure and school problems, unrequited love, other, no actual stress. We discovered both common and stress-specific coping strategies. One of the common coping strategies is avoidance that is used more often in all stressful situations. Moreover, the sample was distinguished by increasing low-level strategies, rather than decreasing high-level strategies (such as planning or reappraisal). Applications to prevention measures are discussed.

Keywords: coping, self-harm, stress, adolescents.

REFERENCES

1. Bannikov G.S. Rol' lichnostnykh osobennosti v formirovaniy struktury depressii i reaktivnykh dekadaptatsiy. Diss. kand. med. nauk. [The role of personal characteristics in the structure of depression and non-adaptive reactions. Ph. D. (Medicine) diss.]. Moscow, 1998. 220 p.
2. Bannikov G.S., Fedunina N.Yu., Pavlova T.S., Vikhristyuk O.V., Letova A.V., Bazhenova M.D. Vedushchie mekhanizmy samopovrezhdayushchego povedeniya u podrostkov: po materialam monitoringa v obrazovatel'nykh organizatsiyakh [Mechanisms of self-harm behavior in non-clinical adolescent population: the results of monitoring in Moscow schools]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2016. Vol. 24 (3), pp. 42—68. doi:10.17759/cpp.2016240304. (In Russ., abstr. in Engl.)
3. Dvorshchenko V.P. Diagnosticheskiy test lichnostnykh rasstroystv. [Diagnostic test of personal disorders]. Saint Petersburg: Rech', 2008. 128 p.
4. Kryukova T.L., Kuftyak E.V. Oprosnik sposobov sovladaniya (adaptatsiya metodiki WCQ). [Ways of coping questionnaire (adaptation of WCQ)]. *Zhurnal prakticheskogo psikhologa* [Journal of Practical Psychologist], 2007, no. 3, pp. 93—112.
5. Pavlova T.S. Koping-strategii podrostkov s antivit'al'nymi perezhivaniyami [Elektronnyi resurs]. [Coping strategies in adolescents with non-vital emotional experiences]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie psyedu.ru* [Psychological Science and Education psyedu.ru], 2013, no. 1. Available at: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2013/n1/59152.shtml (Accessed 10.10.2017) (In Russ., abstr. in Engl.).
6. Perchenko E.L. Osobennosti sovladayushchego povedeniya u studentov s raznym urovnem uspevaemosti [The characteristics of coping in students on different levels

***** *Bazhenova Marina Dmitrievna*, Head of Counseling Center, Institute of Counseling Psychology and Consulting (FPC Institute); Center for Emergency Psychological Aid, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, e-mail: maribazh@gmail.com

- of academic achievement]. *Nauchnye issledovaniya i razrabotki v epokhu globalizatsii*: sbornik statei Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii (25 noyabrya 2016 g., g. Perm'). V7 ch. Ch. 6. [Scientific studies and discoveries in the age of globalization: proceedings of the International scientific-practical conference (November 25th, 2016, Perm'). In 7 parts. Part 6]. Perm': AETERNA, 2016, pp. 132—136.
7. Pol'skaya N.A. Prichiny samopovrezhdeniya v yunosheskom vozraste (na osnove shkaly samootcheta) [The reasons of self-injurious behavior in youth (based on a self-report scale)]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2014, no. 2, pp. 140—152. (In Russ., abstr. in Engl.)
 8. Sirota N.A., Yaltonskii V.M. Koping-povedenie i psikhoprofilaktika psikhosotsial'nykh rasstroistv u podrostkov [Coping and psychological prevention of mental and social disorders in adolescents]. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V.M. Bekhtereva* [Review of psychiatry and medical psychology named after V.M. Bekhterev], 1994, no. 1, pp. 63—74.
 9. Syrokvashina K.V. Sovremennye psikhologicheskie modeli suitsidal'nogo povedeniya v podrostkovom vozraste [Modern Psychological Models Of Suicidal Behavior In Adolescents]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2017. Vol. 25 (3), pp. 60—75. doi:10.17759/cpp.2017250304. (In Russ., abstr. in Engl.)
 10. Fesenko Yu.A., Kholmogorova A.B. Sluchai suitsidov sredi podrostkov kak sotsial'naya problema: po sledam V vsrossiiskogo foruma "Nashi deti zdorov'e detei i faktory, ego formiruyushchie" [Suicides Among Adolescents As A Social Problem: 5th All-Russian Forum "Our Children. Children's Health And Its Factors"]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2017. Vol. 25 (2), pp. 188—193. doi:10.17759/cpp.2017250212. (In Russ., abstr. in Engl.)
 11. Fedunina N.Yu., Bannikov G.S., Vikhristyuk O.V., Bazhenova M.D. Osobennosti samootsenki sostoyanii odinochestva i beznadezhnosti u podrostkov s samopovrezhdayushchim povedeniem na fone raznykh stressovykh situatsii [Self-assessment of loneliness and hopelessness in adolescents with self-harm behavior under different actual stressors]. *Perspektivy psikhologicheskoi nauki i praktiki*: sbornik statei Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii. RGU im. A.N. Kosygina, 16 iyunya 2017 g. [Prospects of Psychological Science and Practice: Proceedings of International Scientific-Practical Conference. Kosygin Russian State University, June 16, 2017]. Moscow: FSBEI HE "Kosygin Russian State University", 2017, pp. 668—671.
 12. American Psychological Association. Guidelines for Prevention in Psychology // *American Psychologist*. 2014. Vol. 69 (3). P. 285—296. doi:10.1037/a0034569
 13. Evans E., Hawton K., Rodham K. In what ways are adolescents who engage in self-harm or experience thoughts of self-harm different in terms of help-seeking, communication and coping strategies? // *Journal of Adolescence*. 2005. Vol. 28 (4). P. 573—587. doi:10.1016/j.adolescence.2004.11.001
 14. Gould M.S., Velting D., Kleinman M., Lucas C., Thomas J.G., Chung M. Teenagers' Attitudes About Coping Strategies and Help-Seeking Behavior for Suicidality // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004. Vol. 43 (9). P. 1124—1133. doi:10.1097/01.chi.0000132811.06547.31
 15. Hayes S.C., Wilson K.G., Gifford E.V., Follette V.M., Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis

- and treatment // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996. Vol. 64 (6). P. 1152—1168. doi:10.1037/0022-006X.64.6.1152
16. Horwitz A.G., Hill R.M., King C.A. Specific Coping Behaviors in Relation to Adolescent Depression and Suicidal Ideation // *Journal of Adolescence*. 2011. Vol. 34 (5). P. 1077—1085. doi:10.1016/j.adolescence.2010.10.004
 17. Seiffge-Krenke I. Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology // *Journal of Adolescence*. 2000. Vol. 23 (6). P. 675—691. doi:10.1006/jado.2000.0352
 18. Kattimani S., Sarkar S., Rajkumar R.P., Menon V. Stressful life events, hopelessness, and coping strategies among impulsive suicide attempters // *Journal of Neurosciences in Rural Practice*. 2015. Vol. 6 (2). P. 171—176. doi:10.4103/0976-3147.153222
 19. Lewis S.A., Johnson J., Cohen P., Garcia M., Noemi Velez C. Attempted suicide in youth: Its relationship to school achievement, educational goals, and socioeconomic status // *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1988. Vol. 16 (4). P. 459—471. doi:10.1007/BF00914175
 20. Li Z., Zhang J. Coping skills, mental disorders, and suicide among rural youths in China // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2012. Vol. 200 (10). P. 885—890. doi:10.1097/NMD.0b013e31826b6ecc
 21. Mathew A., Nanoo S. Psychosocial stressors and patterns of coping in adolescent suicide attempters // *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2013. Vol. 35 (1). P. 39—46. doi:10.4103/0253-7176.112200
 22. Muehlenkamp J.J. Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury // *Journal of Mental Health Counseling*. 2006. Vol. 28 (2). P. 166—185. doi:10.17744/mehc.28.2.6w61cut2lxjdg3m7
 23. Mirkovic B., Labelle R., Guilé J.-M., Belloncle V., Bodeau N., Knafo A., Condat A., Bapt-Cazalets N., Marguet C., Breton J.-J., Cohen D., Gérardin P. Coping Skills Among Adolescent Suicide Attempters: Results of a Multisite Study // *Canadian Journal of Psychiatry*. 2015. Vol. 60 (2, suppl. 1). P. 37—45.
 24. Speckens A.E.M., Hawton K. Social problem solving in adolescents with suicidal behavior: a systematic review // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2005. Vol. 35 (4). P. 365—387. doi:10.1521/suli.2005.35.4.365
 25. Spirito A., Overholser J., Stark L.J. Common problems and coping strategies II: Findings with adolescent suicide attempters // *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1989. Vol. 17 (2). P. 213—221. doi:10.1007/BF00913795
 26. Stratta P., Capanna C., Carmassi C., Patriarca S., Di Emidio G., Riccardi I., Collazzoni A., Dell'Osso L., Rossi A. The adolescent emotional coping after an earthquake: A risk factor for suicidal ideation // *Journal of Adolescence*. 2014. Vol. 37 (5). P. 605—611. doi:10.1016/j.adolescence.2014.03.015
 27. Vojudi B., Hashemi T., Abdolpour G., Mashinchi A.N. Predicting suicide ideation based on identity styles and coping strategies // *Contemporary Psychology*. 2015, Vol. 10 (1). P. 47—56.
 28. Wilson K.G., Stelzer J., Bergman J.N., Kral M.J., Inayatullah M., Elliott C.A. Problem Solving, Stress, and Coping in Adolescent Suicide Attempts // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1995. Vol. 25 (2). P. 241—252.
 29. Yao Y.-S., Chang W.-W., Jin Y.-L., Chen Y., He L.-P. Zhang L. Life satisfaction, coping, self-esteem and suicide ideation in Chinese adolescents: a school-based study // *Child: Care, Health and Development*. 2014. Vol. 40 (5). P. 747—752. doi:10.1111/cch.12142

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ
RESEARCH REVIEWS

ПРИМЕНЕНИЕ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА БЕСПОКОЙНЫХ НОГ

А.И. МЕЛЁХИН*,

Российский геронтологический научно-клинический центр
РНИМУ имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия,
clinmelehin@yandex.ru

При синдроме беспокойных ног (СБН) основой лечения является комбинированная терапия, которая включает в себя медикаментозный и немедикаментозный подходы. Отмечена ограниченность медикаментозного подхода. Впервые систематизированы доказательные по эффективности, директивные немедикаментозные подходы, используемые при лечении СБН: телесно-психическое (body-mind) направление, поведенческая, когнитивно-поведенческая психотерапия «второй» и «третьей» волны, а также рационально-эмотивно-поведенческая терапия. Детально описана специфика протоколов когнитивно-поведенческой (второй и третьей волны) и рационально-эмотивно-поведенческой психотерапии синдрома беспокойных ног.

Для цитаты:

Мелёхин А.И. Применение когнитивно-поведенческой психотерапии при лечении синдрома беспокойных ног // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 2. С. 53—78. doi: 10.17759/cpp.2018260204

* *Мелёхин Алексей Игоревич*, клинический психолог высшей категории Российского геронтологического научно-клинического центра РНИМУ имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия, e-mail: clinmelehin@yandex.ru

Ключевые слова: синдром беспокойных ног, когнитивно-поведенческая психотерапия, медикаментозный подход, немедикаментозный подход, хроническая бессонница.

Введение

Синдром беспокойных ног (СБН) широко встречается в повседневной клинической практике врачей первичного звена [1; 2; 3; 24; 26]. В общей популяции от этого заболевания страдают от 5 до 15% взрослых людей, причем в 1,5 раза чаще женщины [3; 13; 24]. СБН является четвертой по частоте причиной развития соматического дистресса [24; 31], хронической бессонницы [21], большого эпизода депрессии [15; 17; 20; 24], панического расстройства [17; 20; 23] и обсессивно-компульсивного расстройства [20; 24]. Несмотря на высокую распространенность, СБН по-прежнему диагностируется редко [1; 3; 13]. В России более чем в 80% случаев СБН не диагностируется, соответственно, пациенты не получают адекватного лечения [1]. Это связано с малой осведомленностью специалистов со спецификой клинических проявлений и подходами к лечению СБН [2; 3]. В связи с этим целью статьи является ознакомление специалистов с современными немедикаментозными подходами к лечению синдрома беспокойных ног.

Диагностика и подходы к лечению синдрома беспокойных ног

Первичная диагностика основывается на анализе жалоб пациента и применении шкалы субъективной оценки выраженности СБН (IRLS) [2; 12; 14; 24; 26].

К общепринятым диагностическим критериям СБН относят [26]:

- «U» — наличие сильной потребности двигать ногами или другими частями тела, возникающая на фоне дискомфортных ощущений;
- «R» — дискомфортные ощущения начинаются в период отдыха или бездействия;
- «G» — потребность в движении и дискомфортные патологические ощущения частично или полностью снижаются в результате двигательной активности;
- «E» — дискомфортные ощущения усугубляются или возникают исключительно вечером и/или ночью.

Формы синдрома беспокойных ног [2; 3; 24]:

- первичная (идиопатическая) форма;
- вторичная (симптоматическая) форма;

- с болевым синдромом или без него;
- с произвольными спазматическими подергиваниями (jerks) или без них.

Течение синдрома беспокойных ног [3; 24]:

- персистирующее: симптомы возникают как минимум 2 раза в неделю в течении последнего года;
- интермиттирующее: симптомы возникают в среднем менее 2 раз в неделю, но не менее 5 раз в течении жизни;
- рефрактерное: наличие частых симптомов в течении недели и резистентность к лечению.

Тактика лечения определяется видом и степенью выраженности симптомов [2; 3; 9; 12; 13]. Основой управления СБН [13] является *комбинированная терапия* (рис. 1).

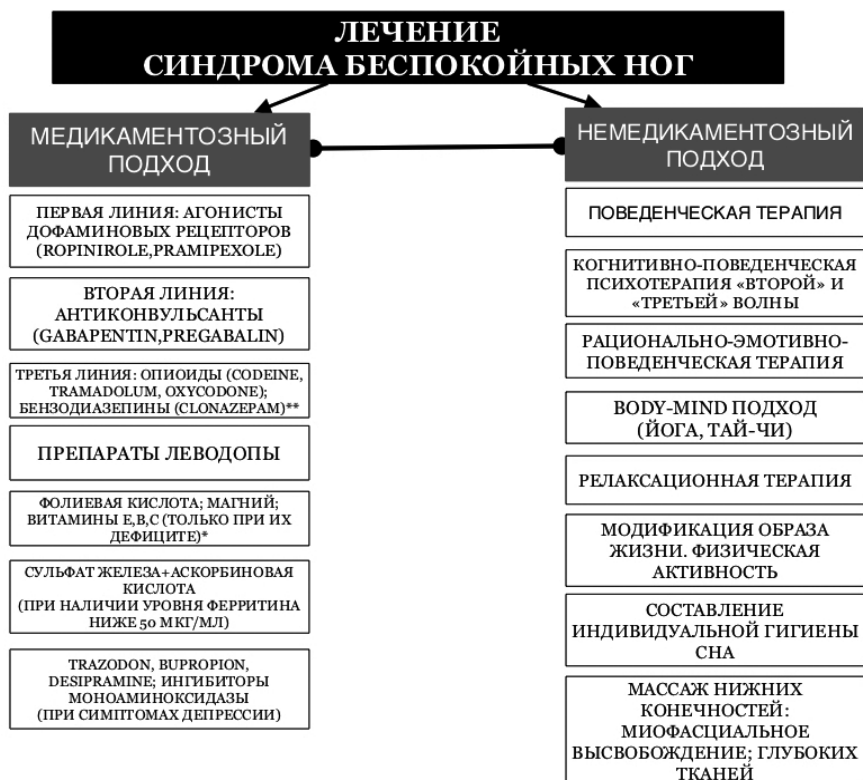


Рис. 1. Подходы к лечению СБН: «*» — эффективность не подтверждена в контролируемых исследованиях; «**» — бензодиазепины и препараты леводопы в настоящее время не рекомендовано использовать для лечения СБН

Медикаментозный подход рекомендуется применять в тех случаях, когда СБН значительно нарушает качество жизни пациента и немедикаментозные подходы оказались недостаточно эффективными [3; 13; 24; 26].

Принципы лечения СБН (по М.Н. Силберу) [26].

— При интермиттирующем (первичном) СБН: больший акцент на психотерапевтических подходах и эпизодическом назначении фармакотерапии с лекарственными каникулами.

— При персистирующем (вторичном) СБН: комбинированная терапия.

Говоря об издержках медикаментозного подхода (рис. 1), следует отметить проблему безопасного и эффективного подбора терапии, особенно в лечении гериатрических пациентов [9]. Показана лишь умеренная эффективность агонистов дофаминовых рецепторов (АДР) в лечении СБН по сравнению с плацебо [32]. Прием АДР сопровождался у пациентов такими побочными эффектами, как тошнота и сонливость [13]. При длительном приеме этих препаратов наблюдается эффект аугментации [3; 4; 24]. АДР противопоказаны беременным женщинам с СБН [13; 24]. При приеме леводопы может наблюдаться рикошетный феномен [3; 24]. Прием антиконвульсантов (габалентина) часто сопровождается неспецифической сонливостью, тошнотой и головокружением [13; 24]. Длительный прием бензодиазепинов сопровождается негативными сдвигами в качестве сна, высоким риском удлинения интервала электрической систолы сердца (QT) и усилением апноэ во сне [9].

Даже при эффективно подобранной фармакотерапии у пациентов по-прежнему присутствовали нарушения сна и сниженная удовлетворенность качеством жизни [8].

К ограничениям медикаментозного подхода при лечении СБН относят:

- не может привести к длительной положительной ремиссии [23];
- не направлен на обучение пациентов эффективно управлять состоянием гипервозбуждения, которое поддерживает хроническую бессонницу, тревожное состояние и увеличивает риски развития депрессии [8; 11; 14; 22; 23];
- не направлен на обучение управлять дискомфортными симптомами в период «лекарственных каникул» [14; 23].

Показано, что до 65% пациентов с СБН регулярно используют альтернативные, не директивные методы для облегчения дискомфортных симптомов [7]. Только недавно начали появляться исследования по эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии (КПП) для управления СБН [6; 19; 22]. Выделяют следующие направления развития КПП [28] (рис. 2).

Рассмотрим эффективность и специфику данных направлений КПП при лечении пациентов с СБН.

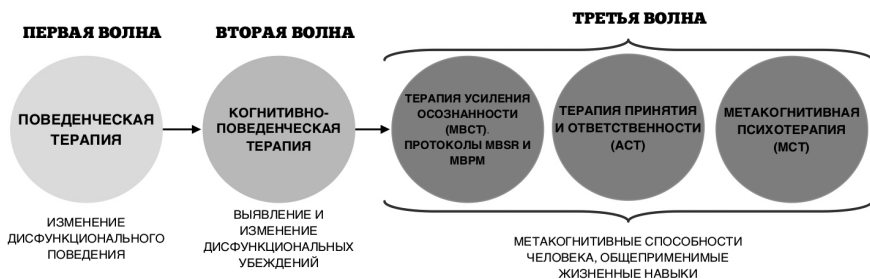


Рис. 2. Направления развития когнитивно-поведенческой психотерапии, по Х. Тайлору и Х. Хайлзу [28]

Эффективность поведенческой терапии «первой волны» в управлении симптомами синдрома беспокойных ног

Показана эффективность изолированного применения релаксационной поведенческой терапии и телесно-психического (*body-mind*) подхода в снижении дискомфортных симптомов, улучшении качества сна и настроения у пациентов с СБН [5; 7]. Говоря о поведенческой активации, управлении стилем жизни, следует отметить, что наличие умеренной физической активности у пациентов с СБН связано с меньшими физическими ограничениями и снижением дискомфортных ощущений, с оговоркой, что упражнения не должны выполняться перед сном [30]. Чрезмерная напряженная физическая активность, близкая ко времени сна пациента, связана с увеличением симптомов СБН. Отсутствие умеренной физической активности связано с выраженными клиническими проявлениями СБН [21].

Изолированное применение психообразования в форме брошюр самопомощи, включающей общие рекомендаций по гигиене сна, недостаточно влияет на улучшение субъективного благополучия пациентов с СБН [23]. Рекомендовано составление индивидуальной гигиены сна с включением поведенческих алгоритмов [23; 25; 29]:

- контроля побуждений (*stimulus control therapy*);
- ограничения сна (*sleep restriction therapy*);
- интенсивного переобучения сна (*intensive sleep retraining*).

Некоторые авторы отмечают ухудшение дискомфортных ощущений в ногах после применения ограничения сна, интенсивного переобучения сна и парадоксальной интенции. В связи с этим они рекомендуют заменить их на технику сжатия сна (*sleep compression*) [11; 14; 26]. Другие авторы при использовании техники ограничения сна и интенсивного переобучения сна выявили значительные улучшения в качестве сна без

ухудшения симптомов беспокойных ног [23; 25]. Отметим, что изолированное использование поведенческих техник мало влияет на положительную ремиссию у пациентов с СБН.

Эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии «второй» волны в управлении симптомами беспокойных ног

Дж. Эдингер и соавторы применяли 4 индивидуальные сессии КПП в комплексной терапии 16 пациентов (до 60 лет) с синдромом беспокойных ног, у которых наблюдалась хроническая бессонница [12]. Акцент был сделан на информирование пациента о факторах нарушения сна и обучение технике управления стимулами и снятия мышечного напряжения, а также на работу с дисфункциональными убеждениями (например: «я никогда не засну из-за этих болей в ногах»). Применение КПП показало улучшения в качестве сна, снизились симптомы беспокойных ног и тревога. По терапевтическому эффекту наблюдалась эквивалентность контрольной группе пациентов с СБН, которая перед сном в течение 4 недель получала терапию клоназепамом и темазепамом (противосудорожные препараты). Стоит отметить, что в отличие от КПП назначение клоназепама пациентам с СБН сопровождалось рядом побочных эффектов [12]. Дж. Влайен и Г. Китзиоз показали, что применение комплексного лечения (КПП, АДР и контроль образа жизни) у пациентов с СБН снижает риски хронизации болевого синдрома [31].

С. Ньюмен описал эффективность интеграции КПП и рационально-эмотивно-поведенческой терапии (РЭПТ) при монотерапии пожилой пациентки 63 лет с СБН, у которой на протяжении 4 лет наблюдалась хроническая бессонница из-за тяжелых болевых приступов в ногах. С пациенткой было проведено 6 индивидуальных сессий по результатам которых наблюдалось устойчивое снижение симптомов, улучшение качества сна, усиление социальной активности. Положительная ремиссия сохранялась на протяжении 8 месяцев [19].

Протокол когнитивно-поведенческой терапии «второй волны» в управлении симптомами беспокойных ног

Первый модуль КПП.

Мониторинг симптомов. Заполнять дневник симптомов СБН в течение 7—14 недель [2; 24]. Пример дневника пациентки 38 лет с вторичным СБН приведен в табл. 1.

Таблица 1

Пример заполнения дневника СБН

Параметры	1-й день			2-й день		
	Утро (6:00— 12:00)	День (12:00— 18:00)	Вечер, ночь (18:00—6:00)	Утро (6:00— 12:00)	День (12:00— 18:00)	Вечер, ночь (18:00—6:00)
Симптомы (описать)			Дрожь в ноге сбоку над стопой. Рас- пространяется на всю правую часть тела			Скручива- ние и по- дергивания в ногах
Способы снижения симптомов			Ванночка для ног. Ходьба по квартире. Тряска ногой. Телефон			Чтение. Массаж ног, ходьба 25 мин. по квар- тире, гимна- стика ног
Отсутствие симптомов	+	+	-	-	-	+

Поведенческий алгоритм контроля побуждений. Цель: установить поведенческую связь между сном и кроватью с быстрым наступлением сна. Длительность формирования поведенческой связи в среднем 2—4 недели [10; 29]. Вначале ведется дневник сна в течении недели. Пример заполнения дневника сна пациента 63 лет с первичным СБН приведен в табл. 2.

Таблица 2

Пример дневника сна пациента с СБН

1-я НЕДЕЛЯ	1	2	3	4	5	6	7
Дата							
ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВЕЧЕРОМ							
Прием лекарств перед сном (название, дозировка, время приема)	G, 2к.	G, 2к.	G, 1к.	G, 1к	G, 1к	G, 1к	G, 1к
Прием алкоголя перед сном, чтобы уснуть	-	-	-	-	-	-	-
Дневной сон (запишите часы сна)	-	-	-	-	-	-	-
Усталость за день (0—10)	0	0	0	0	0	0	0

1-я НЕДЕЛЯ	1	2	3	4	5	6	7
Дата							
Стресс за день (0—10)	0	0	0	0	0	0	0
Тревога в течении дня (0—10)	0	0	0	0	0	0	0
Концентрация внимания в течении дня (0—10)	5	5	5	5	4	3	5
Физическая активность в течении дня (в мин)	0	60 мин	90 мин	120 мин	30 мин	0	120 мин
ЗАПОЛНЯЕТСЯ УТРОМ							
Я выключил(ла) свет и лег(ла) во сколько часов?	22-30	22-30	22-30	22-30	22-30	22-30	22-30
После того как я выключил(а) свет, я уснул(а) через сколько минут?	10-15	10-15	10-15	30	30	40	30
Наличие дискомфортных ощущений в ногах перед засыпанием (0—10)	0	0	0	2	4	5	5
Ночью я просыпался(лась) сколько раз?	-	-	-	2	2	2	2
Проснувшись ночью, я не мог(ла) заснуть сколько минут? (записать продолжительность каждого пробуждения)	0	0	0	30 мин	40 мин	40 мин	40 мин
Наличие и степень выраженности ночных дискомфортных ощущений в ногах (0—10)	0	0	0	2	5	5	5
Утром я проснулся (лась) во сколько часов?	7-30	7-30	8-00	8-30	9-00	9-00	9-00
Утром я встал(а) с постели во сколько часов (запишите время подъема с кровати)	8	8	8-15	9	9-15	9-15	9-15
Наличие тревожных сновидений, кошмаров	-	-	-	-	-	-	-
Когда проснулся (ась) утром я чувствовал(а) себя: как от 1 до 5 баллов, где 1 — очень уставшим(ей), 5 — бодрым(ой)	5	5	5	4	3	3	3

1-я НЕДЕЛЯ	1	2	3	4	5	6	7
Дата							
Качество своего сна я оцениваю как: от 1 до 5 баллов, где 1 — очень плохое, 5 — отличное	5	5	5	4	3	3	3

Примечание: G — Gabapentinum.

На основе данных дневника сна составляются следующие рекомендации [10].

— За 1—2 часа до сна — вечерняя прогулка или техники контроля напряжения; снизить прием пищи, не принимать кофеин, алкоголь и никотин.

— Ложиться спать, когда испытываете ощущение сонливости.

— Следовать определенному паттерну отхода ко сну. Вечерний душ (техника «осознанный душ» [22]) или теплая ванна.

— Если легли в кровать в состоянии сонливости и не можете заснуть в течении 15—20 минут, наблюдается дискомфорт в ногах, тревога, нужно встать с кровати, не фокусироваться на часах, а сделать техники минимизации напряжения.

— Выбор фиксированного ежедневного времени утреннего пробуждения.

Ограничение пребывания в постели без сна [10; 29]. Цель: увеличение гомеостатического желания спать, регулирование цикла сна—бодрствования путем ограничения количества времени, проведенного в кровати без сна [10]. При применении данной техники учитывается суточный ритм симптомов беспокойных ног. Максимальная выраженность — 0:00—2:00 часа, к утру снижается. С 19:00 до 23:00 часов симптомы выражены меньше [3; 24]. На основании данных дневника сна составляются рекомендации.

— Вычисляем среднее общее время сна (TST) за неделю.

— Ограничивается время пребывания в кровати (TIB) до TST + 30 мин. Не ниже 5,5 часов. Минимальное время пребывания в кровати за ночь (TIB) — 4—5 часов.

— Если эффективность сна (SE) ≥ 85 —90%, то время пребывания в кровати (TIB) увеличивается на 15—30 минут.

— Если эффективность сна (SE) < 80 %, то время пребывания в кровати (TIB) уменьшается на 15—30 минут.

Техника сжатия сна [18].

— Определяем разницу между временем пребывания в кровати (TIB) и общим временем сна (TST) на протяжении недели. Приведем пример: пациентка 32 лет с первичным СБН. TIB(6,1 ч) — TST(4,5 ч) = 96 мин. Эти 96 минут делим на 5 недель терапии = 19 минут. Каждую неделю время пребывания в кровати (TIB) снижается на 19 мин.

— Отслеживаем эффективность сна каждую неделю и корректируем ТПВ в соответствии с изменениями.

Второй модуль КПП.

Психообразование пациента и его родственников. Разъяснение заболевания, акцент на его доброкачественном характере. Предрасполагающие, провоцирующие и поддерживающие факторы СБН [11; 23; 29].

Персонафицированная гигиена сна [10; 29]. Цель: уменьшить дезадаптивные привычки, которые мешают оптимальному качеству сна. С использованием дидактического и сократического подходов разбираются следующие аспекты: регулярное время сна и бодрствования; вопрос о дневном сне; регулярная физическая активность; комфорт в спальне; часы в спальне (феномен часового наблюдателя); контроль напряжения перед сном; контроль питания; ограничение потребления жидкости перед сном; контроль кофеина, алкоголя и курения (3—4 часа до сна). На основе индивидуальной модели сна определяются приоритетные гигиенические практики оптимизации сна пациента [12].

Третий модуль КПП.

Усиление физической активности. Планирование дневной физической активности. Например, 30—40 минут 4 раза в неделю аэробные упражнения с тренировкой сопротивления, ориентированной на ноги. Ходьба на беговой дорожке или занятия на велоэргометре [16; 18; 30].

Управление напряжением. Применяется следующий алгоритм [18; 29].

— S — Самоприказ. «СТОП», «МЕДЛЕННО, НЕ СУЕТИСЬ», сделайте паузу перед тем, как реагировать, замедлите движения и реакции, опустите плечи, расслабьте ноги.

— O — Принцип принятия. Наблюдайте. Отметьте, какие мысли, чувства охватили Вас, но без оценки и осуждения.

— B — Дышите. «Мне (на вдохе, 2 с) — спокойно (на выдохе, 4 с)». Концентрация внимания на дыхании: сосредоточьте внимание на кончике носа, на струе выдыхаемого воздуха.

— E — Составьте общую картину ситуации. Знакомо ли то, что происходит? К чему приводят Вас эти мысли? Что самое страшное может произойти (по факту)? Что дает Вам такой тип мышления?

— R — Реагируйте гибко. Например, поставьте обе пятки на пол, а пальцы поднимите как можно выше, стараясь достать ими «до потолка». Поднимайте пальцы ног высоко. Задержите на 5—10 секунд и расслабляйте медленно. Вытяните перед собой обе ноги, если трудно, можно вытягивать по одной ноге. При этом помните, что икры не должны напрягаться. Выпрямляйте, задержите на 5—10 секунд и расслабляйте медленно. Пусть ноги мягко упадут на пол. Представьте,

что Вы на пляже и зарываете пятки в песок. Зарывайте пятки, тверже упирайтесь пятками, еще тверже. Задержите напряжение на 5—10 мин. И медленно расслабьте.

Четвертый модуль КПП.

Когнитивная реструктуризация дезадаптивных убеждений. Применяется техника пирога (*pie chart*) [10] или протокол ABCD [10; 29] (табл. 3).

Т а б л и ц а 3

Протокол формирования альтернативных интерпретаций ситуаций ABCD

Ситуация	Автоматическая мысль	Реакции (эмоции, поведение)	Альтернативная автоматическая мысль	Альтернативная реакция
Какая ситуация привела к возникновению переживаний, связанных со сном?	— О чем Вы могли подумать в этот момент, что вызвало именно такую реакцию, а не, к примеру, другую? — Насколько подобная мысль соответствует реальности? (где 0% — совершенно не соответствует и 100% — абсолютная правда)	— Что Вы почувствовали в этот момент? — Оцените интенсивность этой эмоции, каждой из эмоций (0—10). Что Вы делали в этот момент?	Что самое страшное может случиться? Каковы шансы, что это действительно произойдет? Что может помочь думать, что этого не произойдет?	— Что Вы почувствовали сейчас, думая таким образом? — Оцените интенсивность этой эмоции (0—10)
Проснулась в 3 часа ночи и не могу заснуть (Ж, 33 года, П_СБН)	Опять это ноги. А вдруг я завтра не смогу работать и буду вся разбитая и страшная (90%)	Тревога (7), смотрела на часы и ворочалась, массировала ноги, ходила по квартире	Нет смысла беспокоиться об этом сейчас. Часто даже после плохой ночи я очень даже привлекательна и хорошо работаю (45%)	— Тревога (3), — Не буду смотреть на часы. Встану с кровати. — Спокойное дыхание; — Прогрессирующая мышечная релаксация с акцентом на ноги

Примечание: ж — женский, П_СБН — первичный синдром беспокойных ног.

Пятый модуль КПП.

Профилактика рецидива. Пациента знакомят с циклом возникновения рецидива [29] (рис. 4).



Рис. 4. Цикл развития рецидива

Составляется план самопомощи при рецидиве и с этим планом знакомят доверительных лиц пациента [29].

Протокол рационально-эмотивно-поведенческой терапии управления симптомами беспокойных ног

Протокол РЭПТ синдрома беспокойных ног С. Ньюмана [19] включает следующие пункты.

1. Составление модели СБН пациента.

Диагностическое интервью СБН. Анализ жалоб пациента с помощью модели АВС. Специфика внутренней картины болезни пациента.

— Сенсорные симптомы. Некоторые пациенты с трудом могут описать беспокоящие их симптомы («их нет возможности описать», «не хорошие/неприятные/непонятные»). Субъективные патологические ощущения пациенты описывают как «голова спит, а ноги в движении»; «тупые боли и подергивание в стопе»; «немеют бедра», «жжение в ноге», «закипает кровь в ногах», «зуд в ногах», уколы иглками или гвоздями, скребущие, колющие, распирающие, режущие, давящие ощущения в ногах. Возможны иллюзии ползания мурашек/муравьев: например, «как будто насекомые ползают в икрах», «змеи внутри». Симптомы могут быть локализованы: «как будто под кожей в голени, иногда в коленях, переходящее в бедро, реже в стопах», «начинается с ног и переходят на руки». Наблюдаются случаи, когда эти симптомы отсутствуют, но при

этом могут наблюдаться подергивания. Наличие привычных покачиваний ногой в течении дня и вечером.

— Идеаторные симптомы. Наличие у пациента иррациональных убеждений по отношению к своему сну, дискомфортным ощущениям, страха ночи. Принцип S.W.A.T [27], где S — долженствование; W — самоуничтожение; A — катастрофизация; T — непереносимость фрустрации.

— Эмоциональные симптомы (вторичные страдания): подавленность, тревога, раздражительность, слезливость, наличие тревожных сновидений («иду по песку, в котором вязнут ноги»).

— Поведенческие симптомы. Часто наблюдается тенденция к «прислушиванию к себе»; избыточной двигательной активности; «замиранию» при появлении симптомов; установка перетерпеть. Специфика репертуара движений для минимизации дискомфорта: вытягивают или сгибают конечности; встряхивают, растирают и массируют их; ворочаются в постели; если не спится, встают и ходят по комнате, переминаются с ноги на ногу; окунают ноги в таз с холодной водой; прислоняют стопы к холодному окну.

— Наличие избегающего поведения: не опускать ногу или ноги, когда приходится долгое время сидеть в транспорте или общественных местах.

Нейропсихиатрический статус: когнитивное функционирование, уровень нейротизма и интроверсии; симптомы депрессии, тревожного спектра расстройств, удовлетворенность качеством сна, наличие дневной сонливости.

Оценка наличия и степени выраженности СБН.

Респонс или нонреспонс на фармакотерапию.

II. Психотерапевтическое лечение.

1-я сессия: терапевтический альянс, концептуализация проблемы пациента, определение цели лечения. Психообразование по проблемам СБН. Модель ABC. Разница между рациональными и иррациональными убеждениями. Домашнее задание: поведенческая активность, приносящая чувство удовлетворенности и мастерства; заполнение дневника сна. Если пациент принимает фармакотерапию, его просят вести протокол побочных эффектов (табл. 5).

2-я сессия: мониторинг состояния пациента с помощью шкалы оценки тяжести СБН (*Restless Legs Syndrome Rating Scale, IRLS*). Выявление типа иррациональных убеждений с помощью протокола ABCDF (рис. 5). Например: «когда наступает вечер у меня сильный страх и я точно знаю что будут проблемы с ногами» (Ж, 37, П_СБН¹), «страх ве-

¹ Пол: ж — женский; далее — хронологический возраст, П_СБН — первичный синдром беспокойных ног, В_СБН — вторичный синдром беспокойных ног.

Таблица 5

**Протокол приема фармакотерапии
 (A Medication Withdrawal Schedule Form)**

Дата	Название препарата/дозировка (мг)	Эффективность (0—100%)	Наличие побочных реакций		
			Вечер	Утро	День
12.04.19	Gabapentinum, 1 таблетка	40	-	-	-

чера, каждый вечер это дискомфорт в ногах и страх засыпать» (Ж, 31, П_СБН), «из-за этого скручивания в ногах я точно знаю, что весь мой сон будет разрушен» (Ж, 32, П_СБН), «это ужасно, когда у меня есть этот дискомфорт в ногах ночью» (Ж, 56, В_СБН), «это невыносимо, когда у меня нет полноценного сна, я просыпаюсь 3—4 раза за ночь из-за этих ощущений в ногах» (Ж, 35, П_СБН), «я не могу терпеть вечный дискомфорт в ногах» (Ж, 34, В_СБН).

Протокол самопомощи при стрессе

Этот протокол самопомощи поможет Вам наблюдать, понимать и изменять свои негативные мысли, которые возникают в определенных ситуациях и приводят Вас к дискомфортным ощущениям. Протокол следует заполнять при помощи вспомогательной инструкции.



Иррациональные убеждения

.....

.....

.....

.....

Оспаривание убеждений

.....

.....

.....

.....

.....

Эффективное мышление

.....

.....

.....

.....

.....

Здоровая реакция

.....

.....

Что произошло?

.....

.....

Реакция на событие

.....

.....

.....

.....

Эмоции

Ощущения

Поведение

Эмоции

Поведение

Рис. 5. Протокол выявления иррациональных убеждения ABCDEF

К выявленным иррациональным убеждениям применяются техники оспаривания (Приложение). Замена на рациональные убеждения с акцентом на безусловное самопринятие. Например: «я хотела бы не испытывать болезненные ощущения, но я понимаю, почему она возникла».

кает, это не так ужасно, как мне кажется, и я могу с этим справиться с помощью...» (Ж, 35, П_СБН). Обсуждение гигиены сна. Домашнее задание: ведение дневника сна, выявление и оспаривание иррациональных убеждений.

3-я сессия: мониторинг состояния пациента с помощью *IRLS*. Анализ дневника сна и удовлетворенности качеством сна. Разбор трудностей в оспаривании иррациональных убеждений. Усиление у пациента поведенческой активности, социальной активности. Релаксационные техники. Умеренная физическая активность. Домашнее задание: дневник сна; при возникновении иррационального мышления, сосредоточенного на СБН и хроническом дискомфорте, применять протокол ABCDEF.

4-я сессия: мониторинг состояния пациента с помощью *IRLS*. Контроль качества сна. Увеличение социальной активности, выделение дополнительных мероприятий к ежедневному расписанию пациента. Например, посещение парков, встречи с друзьями в кафе. Обучение техникам осознанности.

5-я сессия: мониторинг состояния пациента с помощью *IRLS*. Обсуждение иррациональных убеждений и их оспаривание. Оценка полезности и функциональности выделенных рациональных убеждений с опорой на личные ценности пациента. Составление копинг-карточек для напоминания о рациональных убеждениях.

6-я сессия: повторная нейропсихиатрическая оценка состояния пациента. Составление поведенческого плана на случай обострения дисфункционального поведения.

Бустерная сессия. Телефонная или скайп-консультация через 6 месяцев после прекращения терапии для отслеживания результатов лечения.

Одним из недостатков «второй» волны КПП и РЭПТ является то, что они требуют хорошего понимания своего мышления и убеждений для их когнитивной реструктуризации [6; 22].

Эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии «третьей» волны в управлении симптомами беспокойных ног

М. Хорняк для лечения пациентов с СБН от 35 до 76 лет применил расширенную форму групповой КПП (*RELEGS Coping Therapy*), состоящую из 8 сессий и включающую в себя: психообразование, техники осознанности (сканирование тела, трехминутная медитация, осознанные привычки), когнитивные и поведенческие техники, направленные на снижение коморбидных симптомов депрессии, тревоги и хронической бессонницы [16]. Психотерапия

проводилась 1 раз в неделю, 90 минут на протяжении 8 недель и была направлена на формирование у пациентов активных, гибких копинг-стратегий по управлению негативными проявлениями СБН. Показано значительное улучшение в субъективных оценках симптомов беспокойных ног, увеличивалась удовлетворенностью качеством жизни, сном. Положительная ремиссия наблюдалась в течении 3 месяцев [16].

В. Баблаз и К. Яп применили групповой подход снижения стресса с помощью терапии усиления осознанности (MBSR) для лечения пациентов от 44 до 67 лет с СБН, принимающих фармакотерапию [6]. Результаты комбинированной терапии показали значительное снижение коморбидных симптомов, снизилась выраженность вечерних и ночных симптомов беспокойных ног. Произошло улучшение качества жизни и сна, повысилась социальная активность. Стабильное улучшение состояния наблюдалось в течении 3—6 месяцев [6].

Протокол терапии усиления осознанности при лечении СБН

Подход снижения стресса с помощью групповой терапии усиления осознанности, протокол *минимизации боли* (MBPM) делает больший акцент на минимизации физического и когнитивного гипервозбуждения, вторичного страдания у пациентов с СБН [6; 22; 26]. Протокол интеграции КПП и терапии усиления осознанности, предложенный В. Баблазом и К. Япом [6] для управления симптомами СБН, представлен в табл. 4.

Таблица 4
Протокол терапии усиления осознанности при лечении СБН
(по В. Баблазу и К. Япу)

Сессия	Тема	Содержание
1	Введение, цель терапии	Выявление целей лечения пациента (упражнение «Как СБН влияет на мою жизнь»); знакомство с моделью осознанности и когнитивными моделями расстройств сна/тревоги/депрессии. Запускающие механизмы и факторы усиления СБН. Принцип принятия и ответственности вместо контроля и избегания. Ознакомление с первыми техниками осознанности (осознанное дыхание, сканирование тела, минутная медитация сидя)

Сессия	Тема	Содержание
2	Умение распознавать и выходить из жизни на «автопилоте»	Упражнение «поприветствуйте свои мысли» (метафора мыслителя). Роль медитации в минимизации бессонницы и дискомфортных ощущений в ногах. Обучение трехминутной медитации. Уметь замечать своего «мыслителя» (оценочные суждения). Осознанное движение и ходьба. Обсуждение и составление индивидуальной гигиены сна
3	Умение различать усталость/напряжение	Ознакомление с техникой «якорь дыхания». Согласование с пациентом списка осознанных привычек. Составление индивидуального плана сжатия сна. Первичное и вторичное страдание
4	Поведенческие техники минимизации бессонницы и дискомфортных ощущений в ногах	Обучение технике «сострадательное принятие». Разбор трудностей при сжатии сна и внесение корректировок
5	Территория бессонницы и дискомфорта. Усиление психологической ассертивности	Тренировка медитативных техник. Распознавание факторов, влияющих на бессонницу. Составление и обсуждение индивидуальной модели дискомфорта. Объяснение принципа избегания и принятия негативных мыслей, эмоций, связанных с дискомфортными ощущениями. Составление плана действий пациента при «плохой» ночи
6	Дыхание, сон и осознанность — ключ к управлению СБН	Тренировка и разбор трудностей при выполнении медитативных техник перед сном. Составление плана использования медитативных техник в повседневной жизни. Обсуждение использования осознанных привычек и медитативных техник вне терапии

Терапия проводится в групповой форме (120 мин) в течении 6 недель [6]. Пациентам с СБН было поручено регулярно практиковать медитативные техники (30 минут в день 6 раз в неделю). Некоторые пациенты сообщали что во время дискомфортных ощущений в ногах им трудно в течении 20—25 минут выполнять медитацию сидя или лежа. Это усиливало у них симптомы беспокойных ног. Тут следует учитывать и время приема фармакотерапии. Короткая трехминутная медитация стоя, осознанные движения и ходьба, осознанный душ способствовали снижению дискомфортных ощущений у пациентов с СБН [6]. Терапия

усиления осознанности является эффективным подходом для минимизации вторичного страдания у людей с СБН и, следовательно, может быть использована в качестве альтернативного лечения, если пациент не реагирует на КПП [6; 22].

Выводы

При СБН основой лечения является комбинированная терапия, которая включает в себя медикаментозный и немедикаментозный подходы. При применении медикаментозного подхода следует учитывать проблему безопасного и эффективного подбора терапии. Рекомендуется проводить еженедельный мониторинг побочных эффектов назначенной фармакотерапии.

Медикаментозный подход не направлен на обучение пациентов эффективному управлению негативными психосоциальными последствиями СБН, такими как хроническая бессонница, раздражительность, тревога и апатия, а также дискомфортными симптомами в период «лекарственных каникул».

После анализа жалоб пациента, оценки наличия и степени выраженности СБН, проведения лабораторного, нейропсихиатрического обследования для каждого пациента рекомендуется составлять индивидуальный мультикомпонентный протокол проведения КПП, учитывая, что СБН часто сочетается с депрессией, спектром тревожных расстройств и хронической бессонницей.

КПП «второй волны» включает в себя: психообразование; составление персонализированной гигиены сна; построение поведенческого алгоритма контроля побуждений; ограничение пребывания в постели без сна; технику сжатия сна; планирование физической активности; техники управления напряжением; когнитивную реструктуризацию; составление противорецидивного плана.

КПП «третьей волны» направлена на усиление метакогнитивной способности пациента. Применение подхода снижения стресса с помощью групповой терапии усиления осознанности и интегративной терапии в течение 6 и 8 недель способствует формированию у пациентов с СБН эффективных навыков управления дискомфортными симптомами.

Рационально-эмотивно-поведенческая терапия показывает свою эффективность в управлении синдромом беспокойных ног у гериатрических пациентов. В рамках данного подхода терапевтическими мишенями являются сенсорные, идеаторные, эмоциональные и поведенческие симптомы.

Приложение

Инструкция к протоколу выявления иррациональных убеждения ABCDEF

Блок «Что произошло?». В этом блоке необходимо буквально описать произошедшее событие, которое привело к появлению у Вас дискомфортного состояния.

Блок «Реакция на событие». В этом блоке необходимо описать возникшие в этой ситуации:

- нездоровые негативные эмоции: страх, ярость, тревога, раздражение и др.
- неконструктивное поведение: изоляция от встреч, поездок в метро, вызов скорой, звонок родителям и др.
- физиологические ощущения: учащенное сердцебиение, дрожь во всем теле, прилив жара, покраснело лицо и др.

Блок «Иррациональные убеждения». В этом блоке делается акцент на том, что, на самом деле, не само событие привело Вас к дискомфортному состоянию, а Ваши негативные, бесполезные мысли об этом событии. Итак, давайте выявим Ваши негативные мысли. Можно ли отнести их к следующим категориям?

- *Догматические требования:* «я должен», «я обязана», «кто если не я».
- *Катастрофизация:* «ужасно», «страшно», «катастрофично», «самое худшее что может быть».
- *Непереносимость неопределенности и стресса:* «я не могу выдержать этого», «невыносимо», «я не могу жить так...».
- *Оценочные суждения по отношению к себе:* «я бесчувственная», «я ужасен», «я большая» и др.
- *Оценочные суждения по отношению к другим людям:* «он абсолютно бесчувственный», «она бесполезна», «он идиот» и др.
- *Оценочные суждения по отношению к жизни:* «жизнь бесполезна», «зачем так жить» и др.

Блок «Оспаривание убеждений». Этот блок направлен на возможность бросить вызов и оспорить эти негативные мысли и убеждения, вместо того, чтобы молча с ними соглашаться. Есть несколько разных стратегий сделать это.

- *Логический диспут:* Где доказательства истинности этих мыслей? Какие еще факты подтверждают эти мысли? Как Вы убедите других людей в истинности ваших мыслей? Объясните, почему Вы настаиваете на верности своих мыслей? Какие факты опровергают Ваши мысли?
- *Эмпирический диспут:* Если предположить, что произойдет самое худшее, то что произойдет? Что случится, если «худшее» произойдет? Что самое плохое в этом «худшем»? Объясните, почему это столь ужасно для Вас? Какова вероятность возникновения самого худшего варианта (от 0 до 100%)? Можно ли испы-

тать другие эмоции, если это «худшее» произойдет? Можно ли быть спокойным, радостным или даже счастливым, если это «худшее» произойдет?

• *Прагматический диспут*: Каким образом этот образ мышления помогает Вам? Скажите как этот образ мышления помогает справиться с ситуацией? Зачем Вам нужно обязательно думать в таком стиле? Что особенного Вы получите, если загоните себя своими мыслями? Как Вы будете себя чувствовать, если Вы не будете загонять себя этими мыслями?

Блок «Эффективное мышление». Этот блок направлен на замену негативных мыслей на более эффективные и полезные с учетом проведенного оспаривания. При формулировке полезных мыслей учитывайте следующие принципы.

• *Руководствоваться принципом предпочтения, нежели долженствования*. Вместо жестких требований («должен(а)») использовать «я могу...» «я действительно хочу...», «я попробую...».

• *Анти-катастрофизация*. Да, это может быть «плохо», может быть «неудача», но это не 100% ужасно или неудачно. «Несмотря на этот дискомфорт, я могу наслаждаться многими вещами»; «Да у меня может быть этот дискомфорт, но это не самое худшее, я знаю, что это не будет длиться вечно».

• *Усиление переносимости неопределенности и стресса*. Да, это мне может не нравиться, но я могу это выдержать. Могу гибко оценивать ситуацию и реагировать. И я все еще могу наслаждаться многими вещами.

• *Анти-оценочные суждения по отношению к себе*. Принимать и подбадривать себя, даже если ты не идеальный/идеальна. Несмотря на наличие дискомфортных состояний, я все еще признаю, что я непоколебимый, хороший человек. Даже если я не такой(ая) сильный(ая), как думаю. Я воспринимаю себя как непоколебимого человека, я могу быть несовершенным и допускать ошибки.

• *Анти-оценочные суждения по отношению к другим людям*. Принимать других людей независимо от ошибок, которые они совершают. Я очень расстроен(а) что он/она меня не слушает, но я знаю, что он тот человек, который делает много замечательных вещей для меня.

• *Анти-оценочные суждения по отношению к жизни*. Способность принять собственную жизнь, даже если что-то идет не так, как Вы хотели бы видеть. Не использовать обороты «жизнь бессмысленная, бесполезная». Я признаю, что жизнь — это как большая полная сумка, в которой может быть и плохое, и хорошее.

Блок «Здоровая реакция». Изменив сейчас свои негативные мысли на более здоровые, Вы будете чувствовать себя эмоционально лучше: более позитивно (счастливее, спокойнее, расслабленнее); менее негативно (разочарованным, грустным, но не в депрессии и раздражении, суете). Изменив сейчас свои негативные мысли на более здоровые, Вы будете вести себя эффективнее и чувствовать себя более энергичным: заниматься спортом, общаться с друзьями, расширять спектр своих увлечений и т. п.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахундова Л.Э., Вострикова Е.В., Щепанкевич Л.А. Синдром беспокойных ног в практике невролога [Электронный ресурс] // Медицина и образование в Сибири. 2011. № 4. URL: http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=499 (дата обращения: 14.05.2018).
2. Ковальчук М.О., Калинин А.Л. Синдром беспокойных ног: патогенез, диагностика, лечение. Обзор литературы // Нервно-мышечные болезни. 2012. № 3. С. 8—19. doi:10.17650/2222-8721-2012-0-3-8-19
3. Левин О.С. Синдром беспокойных ног (болезнь Виллизия—Экбома). 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ. 2016. 96 с.
4. Полуэктов М.Г. Диагностика и лечение расстройств сна. М.: МЕДпресс-информ, 2016. 256 с.
5. Aukerman M.M., Aukerman D., Bayard M., Tudiver F., Thorp L., Bailey B. Exercise and restless legs syndrome: A randomized controlled trial // Journal of the American Board of Family Medicine. 2006. Vol. 19 (5). P. 487—493. doi:10.3122/jabfm.19.5.487
6. Bablas V., Yap K., Cunningham D., Swieca J., Greenwood K.M. Mindfulness-Based Stress Reduction for Restless Legs Syndrome: a Proof of Concept Trial // Mindfulness. 2016. Vol. 7 (2). P. 396—408. doi:10.1007/s12671-015-0457-9
7. Bega D., Malkani R. Alternative treatment of restless legs syndrome: an overview of the evidence for mind-body interventions, lifestyle interventions, and nutraceuticals // Sleep Medicine. 2016. Vol. 17. P. 99—105. doi: 10.1016/j.sleep.2015.09.009
8. Brand S., Beck J., Hatzinger M., Savic M., Holsboer-Trachslers E. Unfavorable polysomnographic sleep patterns predict poor sleep and poor psychological functioning 3 years later in patients with restless leg syndrome // Neuropsychobiology. 2011. Vol. 63 (2). P. 92—102. doi:10.1159/000317549
9. Chen P.H., Cheng S.-J. Restless legs syndrome among the elderly // International Journal of Gerontology. 2009. Vol. 3 (4). P. 197—203. doi:10.1016/S1873-9598(10)70001-6
10. Cognitive Behavioral Treatment for Insomnia: A Session-by-Session Guide / M.L. Perlis, C. Jungquist (eds.). New York: Springer, 2008. 182 p.
11. Edinger J.D. Periodic limb movements: Assessment and management strategies // Treating sleep disorders: Principles and practice of behavioral sleep medicine / M. Perlis, K.L. Lichstein (eds.). New York: John Wiley & Sons, 2003. P. 286—304.
12. Edinger J.D., Fins A., Sullivan R.J., Marsh G.R., Dailey D.S., Young M. Comparison of cognitive-behavioral therapy and clonazepam for treating periodic limb movement disorder // Sleep. 1996. Vol. 19 (5). P. 442—444.
13. Garcia-Borreguero D., Ferini-Strambi L., Kohnen R., O’Keeffe S., Trenkwalder C., Högl B., Benes H., Jennum P., Partinen M., Fer D., Montagna P., Bassetti C.L., Iranzo A., Sonka K., Williams A.-M. European guidelines on management of restless legs syndrome: report of a joint task force by the European Federation of Neurological Societies, the European Neurological Society and the European Sleep Research Society // European Journal of Neurology. 2012. Vol. 19 (11). P. 1385—1396. doi:10.1111/j.1468-1331.2012.03853.x
14. Godau J., Spinnler N., Wevers A.-K., Trenkwalder C., Berg D. Poor effect of guideline based treatment of restless legs syndrome in clinical practice // Journal of Neurology,

- Neurosurgery & Psychiatry. 2010. Vol. 81 (12). P. 1390—1395. doi:10.1136/jnnp.2010.211417
15. *Hornyak M.* Depressive disorders in restless legs syndrome: epidemiology, pathophysiology and management // *CNS Drugs*. 2010. Vol. 24 (2). P. 89—98. doi:10.2165/11317500-000000000-00000
 16. *Hornyak M., Grossmann C., Kohnen R., Schlatterer M., Richter H., Voderholzer U., Riemann D., Berger M.* Cognitive behavioural group therapy to improve patients strategies for coping with restless legs syndrome: A proof-of-concept trial // *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2008. Vol. 79 (7). P. 823—825. doi:10.1136/jnnp.2007.138867
 17. *Lee H.B., Hening W.A., Allen R.P., Kalaydjian A.E., Earley C.J., Eaton W.W., Lyketsos C.G.* Restless legs syndrome is associated with DSM-IV major depressive disorder and panic disorder in the community // *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2008. Vol. 20 (1). P. 101—105. doi:10.1176/jnp.2008.20.1.101
 18. *Lichstein K.L., Riedel B.W., Wilson N.M., Lester K.W., Aguillard R.N.* Relaxation and sleep compression for late-life insomnia: a placebo-controlled trial // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2001. Vol. 69 (2). P. 227—239. doi:10.1037/0022-006X.69.2.227
 19. *Newman C.* Using REBT in the Treatment of Restless Leg Syndrome: A Case-Study // *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2014. Vol. 32 (2). P. 139—149. doi:10.1007/s10942-013-0174-z
 20. *Niaz S., Auger R., Hurwitz T.D.* An Overview of Restless Leg Syndrome for the Mental Health Professional // *Psychiatric Annals*. 2015. Vol. 45 (1). P. 35—40. doi:10.3928/00485713-20150106-08
 21. *Ohayon M.M., Roth T.* Prevalence of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder in the general population // *Journal of Psychosomatic Research*. 2002. Vol. 53 (1). P. 547—554. doi:10.1016/S0022-3999(02)00443-9
 22. *Peters A., Cunnington D., Kenneth M.* The need for psychological therapies for sleep disorders other than insomnia: Potential for mindfulness [Электронный ресурс] // *European Health Psychologist*. 2017. Vol. 18 (2). URL: <https://researchonline.jcu.edu.au/44845/1/1427-912-1-PB.pdf> (дата обращения: 14.05.2018).
 23. *Pigeon W.R., Yurcheshen M.* Behavioral Sleep Medicine Interventions for Restless Legs Syndrome and Periodic Limb Movement Disorder // *Sleep Medicine Clinics*. 2009. Vol. 4 (4). P. 487—494. doi:10.1016/j.jsmc.2009.07.008
 24. *Restless Legs Syndrome/ Willis Ekbohm Disease Long-Term Consequences and Management / M. Manconi, D. García-Borreguero (eds.).* New York: Springer, 2017. 279 p.
 25. *Sharon D.* Nonpharmacologic Management of Restless Legs Syndrome (Willis-Ekbohm Disease) // *Sleep Medicine Clinics*. 2015. Vol. 10 (3). P. 263—278. doi:10.1016/j.jsmc.2015.05.018
 26. *Silber M.H., Ehrenberg B.L., Allen R.P., Buchfuhrer M.J., Earley C.J., Hening W.A., Rye D.B.* An algorithm for the management of restless legs syndrome // *Mayo Clinic Proceedings*. 2004. Vol. 79 (7). P. 916—922. doi:10.4065/79.7.916
 27. *Simpson S.D., Dryden W.* Comparison between REBT and visual/kinaesthetic dissociation in the treatment of panic disorder: An empirical study // *Journal of*

- Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy. 2011. Vol. 29 (3). P. 158—176. doi:10.1007/s10942-011-0136-2
28. Taylor H.L., Hailes H.P., Ong J. Third-Wave Therapies for Insomnia // Current Sleep Medicine Reports. 2015. Vol. 1 (3). P. 166—176. doi:10.1007/s40675-015-0020-1
29. The Massachusetts General Hospital Handbook of Cognitive Behavioral Therapy / T.J. Petersen, S.E. Sprich, S. Wilhelm (eds.). New York: Humana Press, 2016. 327 p. doi:10.1007/978-1-4939-2605-3
30. Daniele Thiago Medeiros da Costa D., Veralice Meireles Sales de Bruin. The relationship between physical activity, restless legs syndrome, and health-related quality of life in type 2 diabetes // Endocrine. 2013. Vol. 44 (1). P. 125—131. doi:10.1007/s12020-012-9841-6
31. Vlaeyen J.W., Morley S. Cognitive-behavioral treatments for chronic pain: what works for whom? // Clinical Journal of Pain. 2005. Vol. 21 (1). P. 1—8. doi:10.1097/00002508-200501000-00001
32. Zintzaras E., Kitsios G.D., Papathanasiou A.A., Konitsiotis S., Miligkos M., Rodopoulou P., Hadjigeorgiou G.M. Randomized trials of dopamine agonists in restless legs syndrome: a systematic review, quality assessment, and meta-analysis // Clinical Therapeutics. 2010. Vol. 32 (2). P. 222—237. doi:10.1016/j.clinthera.2010.01.028.

APPLICATION OF COGNITIVE-BEHAVIORAL PSYCHOTHERAPY IN THE TREATMENT OF RESTLESS LEGS SYNDROME

A.I. MELEHIN*,

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia,
clinmelehin@yandex.ru

The paper demonstrates that the basis of treatment of the restless legs syndrome (RLS) is combination therapy, which includes medication and non-pharmacological approaches. The limitations of the medication approach are presented. For the first time, the following directive non-drug approaches used in the treatment of RLS with evidence-based effectiveness are systematized: body-mind approach, behavioral and cognitive-behavioral second- and third-wave psychotherapy, and rational-emotive-be-

For citation:

Melehin A.I. Application of Cognitive-Behavioral Psychotherapy in the Treatment of Restless Legs Syndrome. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2018. Vol. 26, no. 2, pp. 53—78. doi: 10.17759/cpp.2018260204. (In Russ., abstr. in Engl.).

* *Melehin Aleksey Igorevich*, Clinical psychologist of the highest category, Russian Gerontology Clinical Research Center, Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia, email: clinmelehin@yandex.ru

havioral therapy. The specificity of protocols of second- and third-wave cognitive-behavioral and rational-emotive-behavioral psychotherapy of RLS is described in detail.

Keywords: restless legs syndrome, cognitive-behavioral psychotherapy, medication approach, non-pharmacological approach, chronic insomnia.

REFERENCES

1. Akhundova L.E., Vostrikova E.V., Shchepankevich L.A. Sindrom bespokoinykh nog v praktike nevrologa [Restless leg syndrome in the practice of neurologist] [Elektronnyy resurs]. *Meditcina i obrazovaniye v Sibiri [Medicine and education in Siberia]*, 2011, no. 4. Available at: http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=499 (Accessed 14.05.2018).
2. Koval'chuk M.O., Kalinkin A.L. Sindrom bespokoinykh nog: patogenez, diagnostika, lecheniye. Obzor literatury [Restless leg syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment. Literature review]. *Nervno-myshechnyye bolezni [Neuromuscular diseases]*, 2012, no. 3, pp. 8—19. doi:10.17650/2222-8721-2012-0-3-8-19
3. Levin O.S. Sindrom bespokoinykh nog (bolezni Villiziya-Ekboma). 2-e izd. [Restless leg syndrome (Willis-Ekbom disease). 2nd edition]. Moscow: MEDpress-inform, 2016. 96 p.
4. Poluektov M.G. Diagnostika i lechenie rasstroystv sna [Diagnosis and treatment of sleep disorders]. Moscow: MEDpress-inform, 2016. 256 p.
5. Aukerman M.M., Aukerman D., Bayard M., Tudiver F., Thorp L., Bailey B. Exercise and restless legs syndrome: A randomized controlled trial. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 2006. Vol. 19 (5), pp. 487—493. doi:10.3122/jabfm.19.5.487
6. Bablas V., Yap K., Cunnington D., Swieca J., Greenwood K.M. Mindfulness-Based Stress Reduction for Restless Legs Syndrome: a Proof of Concept Trial. *Mindfulness*, 2016. Vol. 7 (2), pp. 396—408. doi:10.1007/s12671-015-0457-9
7. Bega D., Malkani R. Alternative treatment of restless legs syndrome: an overview of the evidence for mind-body interventions, lifestyle interventions, and nutraceuticals. *Sleep Medicine*, 2016. Vol. 17, pp 99—105. doi: 10.1016/j.sleep.2015.09.009
8. Brand S., Beck J., Hatzinger M., Savic M., Holsboer-Trachsler E. Unfavorable polysomnographic sleep patterns predict poor sleep and poor psychological functioning 3 years later in patients with restless legs syndrome. *Neuropsychobiology*, 2011. Vol. 63 (2), pp. 92—102. doi:10.1159/000317549
9. Chen P.H., Cheng S.-J. Restless legs syndrome among the elderly. *International Journal of Gerontology*, 2009. Vol. 3 (4), pp. 197—203. doi:10.1016/S1873-9598(10)70001-6
10. Perlis M.L., Jungquist C. (eds.). *Cognitive Behavioral Treatment for Insomnia: A Session-by-Session Guide*. New York: Springer, 2008. 182 p.
11. Edinger J.D. Periodic limb movements: Assessment and management strategies. In M. Perlis, K.L. Lichstein (eds.). *Treating sleep disorders: Principles and practice of behavioral sleep medicine*. New York: John Wiley & Sons, 2003. P. 286—304.
12. Edinger J.D., Fins A., Sullivan R.J., Marsh G.R., Dailey D.S., Young M. Comparison of cognitive-behavioral therapy and clonazepam for treating periodic limb movement disorder. *Sleep*, 1996. Vol. 19 (5), pp. 442—444.

13. Garcia-Borreguero D., Ferini-Strambi L., Kohnen R., O’Keeffe S., Trenkwalder C., Högl B., Benes H., Jennum P., Partinen M., Fer D., Montagna P., Bassetti C.L., Iranzo A., Sonka K., Williams A.-M. European guidelines on management of restless legs syndrome: report of a joint task force by the European Federation of Neurological Societies, the European Neurological Society and the European Sleep Research Society. *European Journal of Neurology*, 2012. Vol. 19 (11), pp. 1385—1396. doi:10.1111/j.1468-1331.2012.03853.x
14. Godau J., Spinnler N., Wevers A.-K., Trenkwalder C., Berg D. Poor effect of guideline based treatment of restless legs syndrome in clinical practice. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 2010. Vol. 81 (12), pp. 1390—1395. doi:10.1136/jnnp.2010.211417
15. Hornyak M. Depressive disorders in restless legs syndrome: epidemiology, pathophysiology and management. *CNS Drugs*, 2010. Vol. 24 (2), pp. 89—98. doi:10.2165/11317500-000000000-00000
16. Hornyak M., Grossmann C., Kohnen R., Schlatterer M., Richter H., Voderholzer U., Riemann D., Berger M. Cognitive behavioural group therapy to improve patients strategies for coping with restless legs syndrome: A proof-of-concept trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 2008. Vol. 79 (7), pp. 823—825. doi:10.1136/jnnp.2007.138867
17. Lee H.B., Hening W.A., Allen R.P., Kalaydjian A.E., Earley C.J., Eaton W.W., Lyketso S.G. Restless legs syndrome is associated with DSM-IV major depressive disorder and panic disorder in the community. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 2008. Vol. 20 (1), pp. 101—105. doi:10.1176/jnp.2008.20.1.101
18. Lichstein K.L., Riedel B.W., Wilson N.M., Lester K.W., Aguillard R.N. Relaxation and sleep compression for late-life insomnia: a placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2001. Vol. 69 (2), pp. 227—239. doi:10.1037/0022-006X.69.2.227
19. Newman C. Using REBT in the Treatment of Restless Leg Syndrome: A Case-Study. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 2014. Vol. 32 (2), pp. 139—149. doi:10.1007/s10942-013-0174-z
20. Niazi S., Auger R., Hurwitz T.D. An Overview of Restless Leg Syndrome for the Mental Health Professional. *Psychiatric Annals*, 2015. Vol. 45 (1), pp. 35—40. doi:10.3928/00485713-20150106-08
21. Ohayon M.M., Roth T. Prevalence of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 2002. Vol. 53 (1), pp. 547—554. doi:10.1016/S0022-3999(02)00443-9
22. Peters A., Cunnington D., Kenneth M. The need for psychological therapies for sleep disorders other than insomnia: Potential for mindfulness [Elektronnyi resurs]. *European Health Psychologist*, 2017. Vol. 18 (2). Available at: <https://researchonline.jcu.edu.au/44845/1/1427-912-1-PB.pdf> (Accessed 14.05.2018).
23. Pigeon W.R., Yurcheshen M. Behavioral Sleep Medicine Interventions for Restless Legs Syndrome and Periodic Limb Movement Disorder. *Sleep Medicine Clinics*, 2009. Vol. 4 (4), pp. 487—494. doi:10.1016/j.jsmc.2009.07.008
24. Manconi M., Garcia-Borreguero D. (eds.). *Restless Legs Syndrome/Willis Ekbohm Disease Long-Term Consequences and Management*. New York: Springer, 2017. 279 p.

25. Sharon D. Nonpharmacologic Management of Restless Legs Syndrome (Willis-Ekbom Disease). *Sleep Medicine Clinics*, 2015. Vol. 10 (3), pp. 263—278. doi:10.1016/j.jsmc.2015.05.018
26. Silber M.H., Ehrenberg B.L., Allen R.P., Buchfuhrer M.J., Earley C.J., Hening W.A., Rye D.B. An algorithm for the management of restless legs syndrome. *Mayo Clinic Proceedings*, 2004. Vol. 79 (7), pp. 916—922. doi:10.4065/79.7.916
27. Simpson S.D., Dryden W. Comparison between REBT and visual/kinaesthetic dissociation in the treatment of panic disorder: An empirical study. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 2011. Vol. 29 (3), pp. 158—176. doi:10.1007/s10942-011-0136-2
28. Taylor H.L., Hailes H.P., Ong J. Third-Wave Therapies for Insomnia. *Current Sleep Medicine Reports*, 2015. Vol. 1 (3), pp. 166—176. doi:10.1007/s40675-015-0020-1
29. Petersen T.J., Sprich S.E., Wilhelm S. (eds.). *The Massachusetts General Hospital Handbook of Cognitive Behavioral Therapy*. New York: Humana Press, 2016. 327 p. doi:10.1007/978-1-4939-2605-3
30. Daniele Thiago Medeiros da Costa D., Veralice Meireles Sales de Bruin. The relationship between physical activity, restless legs syndrome, and health-related quality of life in type 2 diabetes. *Endocrine*, 2013. Vol. 44 (1), pp. 125—131. doi:10.1007/s12020-012-9841-6
31. Vlaeyen J.W., Morley S. Cognitive-behavioral treatments for chronic pain: what works for whom? *Clinical Journal of Pain*, 2005. Vol. 21 (1), pp. 1—8. doi:10.1097/00002508-200501000-00001
32. Zintzaras E., Kitsios G.D., Papatheanasiou A.A., Konitsiotis S., Miligkos M., Rodopoulou P., Hadjigeorgiou G.M. Randomized trials of dopamine agonists in restless legs syndrome: a systematic review, quality assessment, and meta-analysis. *Clinical Therapeutics*, 2010. Vol. 32 (2), pp. 222—237. doi:10.1016/j.clinthera.2010.01.028.

МАСТЕРСКАЯ И МЕТОДЫ WORKSHOP AND METHODS

ОБУЧЕНИЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ В ФОРМАТЕ КОТЕРАПИИ

В.Р. ДОРОЖКИН*,

Институт подготовки кадров государственной службы
занятости Украины, Киев, Украина,
valedor2007@gmail.com

Консультирование в паре с котерапевтом набирает все больше сторонников при групповой и семейной психотерапии, а также при обучении начинающих терапевтов. Статья посвящена феноменам, принципам, эволюции отношений и этике работы в паре с котерапевтом. Рассмотрена позитивная и негативная специфика работы в симметричных и несимметричных по опыту консультирования парах. Объясняется значение таких терминов, как «групповой субъект дискурса» и «эволюция отношений в котерапевтической паре». Исследовано влияние обучения в формате котерапии на личность и на профессионализм начинающих психотерапевтов. Согласно полученным результатам, обучение в паре помогает преодолеть тревожность, улучшает показатели социального интеллекта и приводит к лучшему пониманию партнера. Даны рекомендации по подбору котерапевта; выделены типы работы,

Для цитаты:

Дорожкин В.Р. Обучение консультированию в формате котерапии // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 2. С. 79—91. doi: 10.17759/cpp.2018260205

* *Дорожкин Валерий Романович*, доктор психологических наук, профессор кафедры психологии и социальной работы, Институт подготовки кадров государственной службы занятости Украины; частнопрактикующий психотерапевт, Киев, Украина, e-mail: valedor2007@gmail.com

в которых котерапия наиболее эффективна — семейное и групповое консультирование, а также обучение студентов-психотерапевтов.

Ключевые слова: котерапия, групповой психотерапевт, обучение в формате котерапии, профессиональное и личностное развитие начинающего психотерапевта, эволюция отношений в котерапевтической паре.

В настоящее время насчитывается более 250 видов различных психотерапий [1]. Они различаются по теоретико-методологическим основаниям, по длительности проработки проблемы, по типам интервенций, по степени включенности консультанта и т. д. Нас интересует типология психотерапии по форме работы. Анализ этой типологии позволяет выделить в рамках индивидуальной и групповой форм терапии особый режим, когда работают одновременно два психотерапевта. Этот режим получил название котерапевтического консультирования.

Котерапевтическое консультирование все чаще входит в повседневную реальность психотерапии [11]. Например, на психотерапевтических фестивалях и конференциях ведущие проводят в паре с котерапевтами до половины заявленных групп (данные за 2007 г.) [6]. Ряд обучающих психотерапии проектов осуществляются под руководством котерапевтической пары [6]. Несмотря на достаточно широкое распространение котерапии ее описание встречается редко [4—12]. В то же время, совместное консультирование требует теоретического и методологического анализа как особого формата работы. Необходимо разрабатывать принципы котерапии, исследовать виды котерапевтических отношений, анализировать области применения совместного консультирования, определять этику котерапевтической деятельности — т. е. эксплицировать и описывать все то, что относится к специфике консультирования в паре. Актуальность изучения котерапии обусловлена также важностью исследования дидактических возможностей этого метода. Ранее было определено, что обучение психотерапевтов-стажеров в формате котерапии приводит к тому, что у них дополнительно развивается ряд личностных черт, таких как *коллегиальность, сотрудничество, социальная рефлексия* [4; 6]. Неспецифическое для консультирования развитие личности начинающих терапевтов позволило говорить об ином качестве обучения [6]. Более того, с позиции сегодняшнего дня мы склонны рассматривать котерапевтический тренинг как приоритетный метод обучения консультантов-неофитов.

И. Хейли описал два основных типа взаимодействий в паре консультантов: а) симметричный тип, когда психотерапевты приблизительно одинаковы по опыту работы и профессионализму; б) дополняющий тип, когда совместно работают опытный и начинающий терапевты [8]. Эти

типы взаимодействия различаются между собой спецификой отношений внутри терапевтической пары и основными возникающими в работе трудностями.

Симметричный и дополняющий типы взаимодействия рассмотрим и опишем в двух вариантах. В первом варианте предположим определенную сработанность психотерапевтов, когда у них есть опыт совместного консультирования. Ко второму варианту отнесем все случаи начала работы в режиме котерапии и уделим внимание дидактическим возможностям данного формата, опишем этику, проанализируем эволюцию отношений и предложим рекомендации по формированию котерапевтической пары.

Опытная пара психотерапевтов-профессионалов обладает целым рядом дополнительных возможностей.

1. Наличие обратной связи друг от друга (проведение взаимной супервизии своей работы). Взаимная рефлексия и обратная связь способствуют выявлению и проработке контрпереносных реакций самих психотерапевтов [9].

2. Одновременное сочетание нескольких стратегий терапевтической деятельности, разделение функций консультирования. Разделение стратегий консультирования в сработавшейся паре создает возможность сочетать глубинный анализ с актуальными поддерживающими техниками и позволяет осуществлять многоуровневую проработку проблемы.

3. Ускорение развития переносной реакции. Перенос развивается особенно быстро тогда, когда клиент проходит психотерапию у разнополой пары соведущих. В фантазии клиента разнополая пара воссоздает структуру семьи (терапевты-родители). Это способствует более полной проработке отношений эдиповой стадии, в первую очередь связанных с виной, конкуренцией, завистью, соперничеством и враждебностью. Также это повышает эмоциональный заряд участия в терапевтической группе, которую ведут котерапевты [6]. Разнополая пара соведущих обладает и другой особенностью, отвечающей «бессознательной склонности клиентов идентифицироваться с консультантом одного с ними пола, в то время как проблемами клиенты чаще предпочитают делиться с терапевтами противоположного пола» [8, с. 111]. В разнополой паре такие предрасположенности клиентов учитываются.

Аутентичные взаимоотношения между терапевтами благоприятствуют также их интериоризации и переводу в «модель действительных человеческих отношений» для клиента [2; 8; 11; 12]. Несколько огрубляя феноменологию процесса, можно сказать, что в долгосрочной психотерапии клиент перенимает модель взаимодействия между котерапевтами в качестве внутренней модели взаимоотношений со значимыми людьми. Причем если в работе с одним психотерапевтом клиент усваивает

только тот опыт общения, который происходил в их непосредственном контакте, то в котерапии он наблюдает еще взаимоотношения соведущих между собой. Эти взаимоотношения становятся дополнительным, а иногда и основным психотерапевтическим фактором [9; 11].

Примером аутентичных отношений для клиента может стать даже конфликтное взаимодействие между котерапевтами [8]. Последнее выступает терапевтическим фактором в случае, если оно направлено на согласование действий в группе, а степень его выраженности не перекрывает сами терапевтические взаимоотношения. Конструктивное решение конфликтов при сохранении и даже укреплении отношений может коррегировать клиентский опыт, в рамках которого, возможно, были сценарии, когда конфликты приводили к разрыву отношений. Если вопросы с альтернативами и разногласиями решаются непосредственно на терапевтическом сеансе, «перед лицом клиента или группы», то это не только обеспечивает нормативность подобного поведения, но и подчеркивает искреннюю вовлеченность самих консультантов в терапевтический процесс.

Наши наблюдения за работой котерапевтов с клиентом/группой позволяют утверждать, что в опытной котерапевтической паре формируется особое целостное образование — групповой терапевт (ГТ). ГТ обладает выраженной способностью переопределять смыслы клиента, что влечет изменение семиосферы последнего [5]. ГТ характеризуется взаимосвязанной системной структурой, согласованным взаимодействием, разделением стратегий консультирования, наличием целостных отношений между котерапевтами, что обеспечивает развитие системных, групповых феноменов. Важной способностью ГТ является умение создавать пространство совместного дискурса. Благодаря такой его способности мы называем ГТ групповым субъектом дискурса (ГСД).

Наряду с позитивными моментами, котерапия обладает рядом сложностей в совместной работе. Во-первых, взаимоотношения между котерапевтами усложняются за счет взаимных переносов, проекций и проективных идентификаций, неизбежно возникающих на определенных этапах развития отношений внутри пары. Проработка подобных искажений в восприятии друг друга требует искренности, обратной связи, супервизии, а зачастую указывает на необходимость прохождения личной психотерапии одному либо обоим консультантам. Во-вторых, если терапевтическую группу ведет разнополая пара котерапевтов, то участники могут начать фантазировать о «действительных отношениях между котерапевтами» и о том, «существует ли между ними сексуальная связь» [8, с. 111]. Такие фантазии хоть и интенсифицируют развитие переносов у участников, но также вносят значительное напряжение в пространство отношений в группе. В подобных си-

туациях терапевтам необходимо быть готовыми к тому, что их личные взаимоотношения могут стать темой для обсуждения. В-третьих, специфические трудности возникают в ситуациях групповой работы, когда отдельные участники проходят индивидуальную терапию у одного из котерапевтов. В этом случае в группу вносятся отношения, возникшие за ее пределами. Подобные ситуации создают «тайну», которая может провоцировать ревность и конкуренцию за внимание котерапевтов [11]. Сведущим необходимо рефлексировать сигналы о возникновении подобного рода чувств и, если они проявились, терапевтам важно занимать единую позицию в их истолковании.

Дополняющий тип взаимодействия, при котором устойчивую котерапевтическую пару образуют опытный и начинающий коллеги, также имеет определенную специфику в динамике развития отношений. К позитивным моментам относится более быстрое профессиональное развитие начинающего терапевта и низкий уровень его тревожности в сравнении с той ситуацией, когда он работает с клиентом или клиентской группой самостоятельно. Как было выяснено нами в эмпирическом исследовании, снижение ситуативной тревожности у терапевтов-стажеров обусловлено специфической фантазией о том, что ответственность за результаты психотерапии лежит на более опытном коллеге [6]. «Делегирование» ответственности благоприятствует переключению внимания стажеров с собственных эмоций на переживания клиента и способствует более эмпатийному отношению к его состоянию.

Среди негативных моментов взаимодействия в дополняющей паре можно выделить «нарциссическую травму», связанную с ситуативным разочарованием начинающего психотерапевта в собственных профессиональных возможностях, и периодическую потерю контакта с клиентом и сутью его переживаний, в связи с разницей в темпоритах работы [6; 11]. Смягчение подобных переживаний зависит как от искренности самого психотерапевта-неофита, так и от готовности более опытного коллеги к мягким формам наставничества. Последнее отсылает нас к дидактическому ресурсу котерапевтического формата консультирования.

Дидактические возможности котерапии мы исследовали в течение семи лет с 2000 по 2007 г. на базе факультета психологии Таврического национального университета имени В.И. Вернадского (г. Симферополь, Крым). Эмпирическое исследование проводилось во время обучения студентов университета и слушателей Института последипломного образования дисциплинам «Основы психологического консультирования», «Аналитическая работа под супервизией» и «Основы психотерапии». В исследовании приняли участие в общей сложности 87 человек, 35 из которых составили контрольную выборку, а 52 — экспериментальную. Цель исследования состояла в изучении влияния

котерапевтического формата на овладение навыками практической работы психотерапевта. Занятия со студенческими группами были разбиты на два этапа. На первом этапе, который длился около двух месяцев (8 практических занятий), студенты приобретали навыки консультирования в психотерапевтических группах. В контрольной выборке, в которую вошли студенты из четырех групп разных годов обучения, за одну терапевтическую работу отвечал один терапевт-стажер. В экспериментальной выборке (восемь групп) студенты проводили психотерапевтическую работу в устойчивых котерапевтических парах. Второй этап длился около четырех месяцев (15 занятий) и представлял собой тренинг развития навыков психологического консультирования. Основной процедурный момент этого тренинга состоял в том, что участники разбивались на подгруппы: в эмпирической выборке — на четверки, в контрольной — на тройки. Двое или один из участников, соответственно, выполняли функции котерапевтов (психотерапевта), еще один становился клиентом, а оставшийся занимал позицию эксперта. Перед началом терапевтических сессий котерапевты из эмпирической выборки проходили инструктаж по стратегиям котерапевтической работы. Также инструкции получали «эксперты». Инструкции касались критериев, по которым «эксперты» должны были оценивать работу котерапевтов (терапевта). Всем группам выделялось на одну сессию 50 минут, а по завершении работы участники писали отчет о психотерапевтическом сеансе в целом. Всего было проведено около 15 психотерапевтических сессий в каждой из групп. Подробное изложение организации исследования, примененных психодиагностических методик, использованных статистических критериев было представлено нами ранее [4]. На страницах данной статьи приведем только результаты.

1. Обучение консультированию в режиме котерапии способствует более интенсивному развитию социального интеллекта и рефлексии, как одной из главных составляющих его структуры¹. Различия по отношению к классическому обучению консультированию в индивидуальном или групповом форматах достоверны на уровне статистической значимости ($p=0.01$).

2. Обучение стажеров в режиме котерапии приводит к статистически значимому увеличению показателей по шкале сотрудничества при возникновении конфликтных ситуаций ($p=0.01$). Для контрольной группы статистических различий между начальным и итоговым поведением после исследования не было обнаружено. Эффект усиления сотрудничества, как формы преодоления конфликтных ситуаций, в эмпирической

¹ См. *Калина Н.Ф.* Диагностика социального интеллекта личности // Журнал практикующего психолога. 1999. № 5. С. 159—178.

выборке является дополнительным и позволяет говорить о переходе на качественно новый уровень развития личности студентов.

3. Стажеры, которые обучались психотерапии в режиме котерапии, перед началом терапевтического сеанса испытывали меньшую ситуативную тревожность ($p=0.001$), чем стажеры, которые практиковали в режиме самостоятельного консультирования. Схожие данные мы получили в самоотчетах студентов, когда они охарактеризовали основные преимущества обучения в формате котерапии.

4. К дополнительному результату можно отнести также и то, что представления стажеров о своих партнерах-котерапевтах в процессе полугодового совместного консультирования были значительно скорректированы и стали соответствовать представлениям котерапевтов о самих себе. Подчеркнем, что никаких специальных инструкций по наблюдению за особенностями поведения котерапевтов студентам не предлагалось. На скоррелированность взглядов повлияла необходимость согласовывать свои действия с партнером, отслеживать его эмоционально-психическое состояние и другие требования, заданные целостной котерапевтической ситуацией.

Перечисленные эмпирические результаты, самоотчеты стажеров, а также экспертный анализ их работы можно обобщить в следующих выводах.

1. У стажеров, обучающихся консультированию в режиме котерапии, полнее формируется информационная основа психотерапевтической деятельности, увеличивается диапазон обзора проблемы клиента, расширяется спектр используемых стратегий, т. е. происходят изменения, которые можно связать с интенсивным профессиональным ростом.

Совместное консультирование развивает также рефлексия на свою работу, в первую очередь, за счет соотнесения собственного вклада и результатов работы котерапевта. Кроме того, дополнительным фактором развития рефлексии выступает ответственность перед котерапевтом и необходимость согласовывать с ним тактику взаимодействия.

2. Формат котерапии благоприятствует личностному развитию терапевтов. Развитие происходит, в первую очередь, за счет более оперативного осознания и разрешения контрпереносов. Во-вторых, у котерапевтов формируются специфические социально-психологические качества, такие как сотрудничество и коллегиальность. В-третьих, личностным изменениям способствует получение консультантами обратной связи друг от друга. Кроме перечисленного, о личностном развитии студентов, обучающихся консультированию в режиме котерапии, свидетельствуют также данные наблюдений за их работой. У начинающих психотерапевтов возникает специфическое умение держать паузу в процессе консультирования. При этом у них нет нервозности, суеты и других видов смещенной активности, достаточно часто свойственных начинающим

консультантам во время молчания клиента. По оценкам экспертов, стажеры более уверены в себе, когда консультируют в паре. В силу этого, они конструктивнее работают в режиме конфронтации с клиентом и, самое главное, перестают бояться этого режима. Схожие данные приводит К. Витакер [12].

Интенсивные профессиональные и личностные изменения неофитов позволяют говорить об ином качестве обучения в условиях совместного консультирования. Процесс обучения в режиме котерапии не только интереснее для самих стажеров, но и продуктивнее по целому ряду параметров. Наряду со специфическими умениями и навыками психотерапевта у начинающих консультантов развивается ряд личностных качеств (ответственность перед партнером, коллегиальность, сотрудничество), которые являются дополнительными эффектами обучения в котерапевтических парах.

Дополнительно результаты эмпирических наблюдений показали, что далеко не всякое обучение в формате котерапии будет качественным и эффективным. Оно дает описанные результаты, если его организация отвечает ряду требований. Их можно классифицировать по трем факторам: 1) требования к котерапевту; 2) требования к условиям, непосредственно связанным с процессом консультирования; 3) этические принципы котерапии.

В «требования к партнеру по совместной работе» вошли:

- хорошая профессиональная подготовка;
- сформированная установка на сотрудничество;
- наличие обоюдной внутренней симпатии.

Ответы опытных психотерапевтов, которые практикуют работу в паре, по смыслу хоть и совпадают, но отличаются по расставленным акцентам. В «требования к партнеру» терапевты-профессионалы включили:

- наличие общих взглядов на сущность и природу психотерапии, единый психотерапевтический подход;
- сформированная установка на сотрудничество;
- взаимное уважение и доверие к терапевту, с которым есть намерение работать в паре.

Необходимость выполнения последнего условия подчеркивает также Р. Кочюнас [8]. Он рекомендует будущим котерапевтам обмениваться сомнениями и тревогами относительно предстоящей котерапевтической работы и конструктивно обсудить вероятные трудности в совместной работе.

Анализ требований к котерапевту позволил И. Ялomu сформулировать противопоказания к совместной терапевтической деятельности [11]. Ялом считает, что лучше не образовывать котерапевтическую пару с другим терапевтом в случае: 1) если не чувствуешь себя с ним неприкосновенно; 2) если к этому терапевту не испытываешь особой симпатии;

3) если с этим терапевтом радикально расходишься во взглядах на цели и задачи психотерапии.

К фактору «требования к условиям, непосредственно связанным с процессом консультирования» были отнесены:

- наличие возможности спланировать предстоящую работу;
- получение обратной связи о совместной работе и обмен впечатлениями друг о друге.

Психотерапевты-стажеры дополнительно предложили условие обязательного присутствия супервизора на начальных этапах приобретения опыта консультирования.

Подчеркнем, что планирование предстоящей работы, а также обсуждение обратной связи должны проводиться не только на начальных этапах формирования пары, но и на протяжении всей ее работы. До и после любого совместного консультирования таким обсуждениям необходимо уделять достаточно времени. Готовность котерапевтов к регулярному взаимному анализу и супервизии предполагает установление в паре особого рода доверительных отношений, связанных с высокой степенью самораскрытия. Искренние взаимоотношения необходимы также для создания особого рода обоюдной чувствительности к возникающим контрпереносам.

К фактору «этические принципы котерапии» участники отнесли:

- ориентацию на процесс и содержание консультирования, а не на выяснение отношений друг с другом;
- соблюдение коммуникативных прав личности и выстраивание отношений друг с другом по принципу «невластных отношений» [3];
- открытость взаимному анализу и максимально возможная искренность в отношениях на протяжении всего периода сотрудничества.

Выполнение перечисленных требований и условий позволяет проводить обучение консультированию в режиме котерапии более качественно и эффективно, а также благоприятствует развитию ряда позитивных процессов в паре, к которым К. Витакер относил профилактику сгорания и взаимную поддержку [12].

Важным аспектом совместного консультирования является изучение эволюции отношений в паре. Мы уже упоминали типологию И. Хейли, в рамках которой он выделял дополняющий и симметричный типы взаимодействий. По результатам нашего исследования, эволюция взаимодействия идет от дополняющего типа, когда в отношениях между терапевтами доминирует страх потери одного из них, к симметричному стилю взаимоотношений, когда, субъективно выравниваясь по опыту, терапевты обнаруживают в своем взаимодействии проявление конкуренции. Третий уровень развития отношений в терапевтической паре наступает тогда, когда котерапевты конструктивно решают проблему конкуренции между собой. На

этой стадии они начинают ориентироваться на сам процесс и содержание психотерапевтической деятельности, а не на конкурентные стратегии во взаимодействии друг с другом. Мы назвали такой тип взаимодействия коллегальным и считаем его уровнем зрелых отношений в котерапевтической паре. При коллегальных, партнерских взаимоотношениях наблюдается более широкий репертуар стратегий взаимодействия с клиентом. Тактика смены этих стратегий зависит от подхода, который используют консультанты, и их профессионализма. Как правило, тактика терапевтической деятельности имеет постоянные характеристики, отражает совместный стиль консультирования и может быть определена как индивидуальный стиль котерапевтической деятельности. Установление в паре котерапевтов индивидуального стиля, который характеризуется определенной степенью своеобразия и уникальности, служит началом формирования ГТ. Сформированность ГТ является высшим уровнем развития отношений в паре.

На наш взгляд, индивидуальное консультирование в формате котерапии не является целесообразным, за исключением особых случаев сложных клиентов. В то же время у котерапии есть приоритетные области использования.

1. Семейное консультирование. Идея рассматривать котерапию как наиболее подходящий метод для психотерапии семьи принадлежит К. Витакеру [12]. Мы можем только повторить за ним, что работать с семьей «в одиночку» достаточно сложно. Даже самая деструктивная семья склонна закрываться и консолидироваться при появлении в ее пространстве постороннего человека. Кроме того, трудно, а порой и невозможно при работе с семьей сохранить нейтральность позиции. Члены семьи перетаскивают консультанта на свою сторону всеми средствами или обвиняют его в поддержке других по половому/возрастному либо иному признакам. В режиме котерапии один из психотерапевтов может вести себя провокационно (Витакер говорил о необходимости подобного поведения для того, чтобы «раскрыть» семью), другой же сохраняет нейтралитет и контакт с каждым членом семьи.

2. Групповая психотерапия. При ведении долгосрочных психотерапевтических групп и групп личностного роста более эффективной будет гетерогенная котерапевтическая пара. При этом гетерогенность рассматривается с точки зрения тематики группы и может быть любой: по полу, возрасту, семейному статусу и пр. Важно, что потенциал гетерогенной пары при названных видах групп высокий.

3. Обучение навыкам консультирования. Обучение психотерапии в формате совместного консультирования — одна из самых важных областей использования этой формы работы. И дело не только в том, что практика работы с соведущим более комфортна для самих начинающих консультантов, и не в том, что эта форма позволяет обезопасить клиента

от еще неумелых интервенций практикантов. Основные преимущества формата котерапии состоят в формировании у стажеров целого ряда дополнительных качеств, ускоряющих их личностный и профессиональный рост. Котерапия, как дидактический метод развития навыков консультирования, не имеет равных.

Особенности котерапевтического консультирования позволяют говорить о нем как о своеобразном и специфичном по отношению к другим видам терапии формате. Специфику котерапии можно систематизировать в нескольких теоретических и практических *выводах*.

1. Котерапевтическая пара представляет собой целостную, структурную единицу, характеризующуюся особыми правилами, принципами и методами работы. Для того чтобы начать практиковать совместное консультирование, необходимо наряду со специализированной теоретической и практической подготовкой получить опыт котерапии под руководством супервизора.

2. Эволюция взаимодействия в терапевтической паре идет от несимметричных отношений, через конкурирующие, к коллегиальным. При коллегиальных, партнерских отношениях в котерапевтической паре наблюдается широкий репертуар стратегий взаимодействия с клиентом.

3. Высший уровень развития отношений в сработавшейся паре связан с формированием такого целостного образования, как групповой терапевт (ГТ). ГТ является ситуативным системным образованием, проявляется только в совместной деятельности и обладает рядом специфических особенностей, к которым можно отнести: а) индивидуальный стиль котерапевтического консультирования; б) перманентную обоюдную рефлексию; в) гибкую и согласованную ролевую структуру; г) иерархическую систему групповых психологических феноменов.

4. Экология котерапевтических отношений требует соблюдения этических принципов совместного консультирования. Необходимым условием для продуктивной работы в паре, наряду с желанием работать вместе, достаточным профессиональным уровнем, согласованием целей терапии, открытостью взаимному анализу, является формирование специфической установки на сотрудничество.

5. Формат котерапевтической работы может быть использован в качестве дидактического метода при обучении студентов навыкам консультирования. При этом, помимо терапевтических умений, у начинающих терапевтов развивается ряд дополнительных личностных качеств, таких как ответственность перед партнером, сотрудничество, способность к взаимной рефлексии и др. Что касается профессионализма, то при котерапевтической форме работы он формируется быстрее. Все это позволяет говорить об ином качестве обучения в условиях совместного консультирования, которое характеризуется рядом дополнительных эффектов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абабков В.А. Проблема научности в психотерапии. СПб.: Изд-во СПб. ун-та, 1998. 76 с.
2. Александров А.А. Современная психотерапия. Курс лекций. СПб.: Академический проект, 1997. 335 с.
3. Братченко С.Л. Межличностный диалог и его основные атрибуты // Психология с человеческим лицом / Под ред. Д.А. Леонтьева, В.Г. Шур. М.: Смысл, 1997. С. 201—222.
4. Дорожкин В.Р. Психологический анализ групповых феноменов в котерапии: дисс. ... канд. психол. наук. Симферополь, 2003. 215 с.
5. Калина Н.Ф. Психотерапия: учебник для вузов. М.: Академический проект, 2016. 302 с.
6. Кейсельман (Дорожкин) В.Р. Котерапия: групповые феномены, методы, эффекты. СПб.: Речь, 2007. 192 с.
7. Кейсельман (Дорожкин) В.Р. Котерапия и практика консультирования. Киев: Ваклер, 2001. 184 с.
8. Кочюнас Р. Психотерапевтические группы: теория и практика. М.: Академический проект, 2000. 240 с.
9. Томэ Х., Кэхеле Х. Как мы работаем и пишем вдвоем // Московский психотерапевтический журнал. 1997. № 4. С. 166—171.
10. Шерман Р., Фредман Н. Структурированные техники семейной и супружеской терапии: руководство: пер. с англ. М.: Класс, 1997. 336 с.
11. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии: пер. с англ. СПб.: «Питер», 2000. 640 с.
12. Whitaker C.A., Malone T.P. The Roots of Psychotherapy. New York: Brunner/Mazel, 1981. 320 p.

COUNSELING TRAINING IN THE FORMAT OF CO-THERAPY

V.R. DOROZHKIN*,

Institute of training of public employment service
in Ukraine (Kiev, Ukraine), valedor2007@gmail.com

Counseling with a co-therapist is gaining more and more supporters in group and family therapy, and also as a training of beginning psychotherapists. The article dwells upon

For citation:

Dorozhkin V.R. Ounseling Training in the Format of Co-Therapy. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2018. Vol. 26, no. 2, pp. 79—91. doi: 10.17759/cpp.2018260205. (In Russ., abstr. in Engl.).

* *Dorozhkin Valery Romanovich*, Doctor in Psychology, professor of psychology and social work, Institute of training of public employment service in Ukraine, private psychotherapeutic practitioner, Kiev, Ukraine, e-mail: valedor2007@gmail.com

the phenomena, principles, the evolution of relationships and professional ethics in co-therapy. We examine positive and negative specifics of work in pairs, symmetrical or nonsymmetrical in their counseling experience. Terms such as the group subject of discourse and the evolution of relationships between co-therapists are explained. We studied the influence of co-therapy as a method of professional training on personality and professional competence of beginning psychotherapists. According to the yielded results training in a pair helps students to overcome anxiety, increases their social intelligence and leads to deep understanding of their partner. We give advice on selecting a co-therapist and point out the types of work where co-therapy is most effective — family and group counseling and psychotherapy students training.

Keywords: co-therapy, group psychotherapist, learning in form of co-therapy, professional and personal development of beginning psychotherapist, evolution of relationships in co-therapeutic pair.

REFERENCES

1. Abakov V.A. Problema nauchnosti v psikhoterapii [The problem of science in psychotherapy]. Saint Petersburg: SPbGU Publ., 1998. 76 p.
2. Aleksandrov A.A. Sovremennaya psikhoterapiya. Kurs lektsii [Modern psychotherapy. Course of lectures]. Saint Petersburg: Akademicheskii proekt, 1997. 335 p.
3. Bratchenko S.L. Mezhllichnostnyi dialog i ego osnovnye atributy [Interpersonal dialogue and its main attributes]. In D.A. Leont'ev, V.G. Shchur (eds.). *Psikhologiya s chelovecheskim litsom* [Psychology with a human face]. Moscow: Smysl, 1997, pp. 201—222.
4. Dorozhkin V.R. Psikhologicheskii analiz gruppovykh fenomenov v koterapii. Diss. ... kand. psikhol. nauk [Psychological analysis of group phenomena in co-therapy. Ph. D. (Psychology) diss.]. Simferopol', 2003. 215 p.
5. Kalina N.F. Psikhoterapiya: uchebnik dlya vuzov [Psychotherapy: textbook for higher education institutions]. Moscow: Akademicheskii proekt, 2016. 302 p.
6. Keisel'man (Dorozhkin) V.R. Koterapiya: gruppovye fenomeny, metody, efekty [Co-therapy: group phenomena, methods, effects]. Saint Petersburg: Rech', 2007. 192 p.
7. Keisel'man (Dorozhkin) V.R. Koterapiya i praktika konsul'tirovaniya [Co-therapy and practice of counseling]. Kiev: Vakler, 2001. 184 p.
8. Kočiūnas R. Psikhoterapevticheskie gruppy: teoriya i praktika [Psychotherapeutic groups: theory and practice]. Moscow: Akademicheskii proekt, 2000. 240 p.
9. Thomä H., Kächele H. Kak my rabotaem i pishem vdvoem [How we work and write together]. *Moskovskii psikhoterapevticheskii zhurnal* [Moscow Psychotherapeutic Journal]. 1997, no. 4, pp. 166—171.
10. Sherman R., Fredman N. Strukturirovannye tekhniki semeinoi i supruzheskoi terapii: rukovodstvo [Handbook of Structured Techniques in Marriage and Family Therapy. Moscow: Klass, 1997. 336 p. (In Russ.).
11. Yalom I. Teoriya i praktika gruppovoi psikhoterapii [The theory and practice of group psychotherapy]. Saint Petersburg: Piter, 2000. 640 p. (In Russ.).
12. Whitaker C.A., Malone T.P. The Roots of Psychotherapy. New York: Brunner/Mazel, 1981. 320 p.

ОПЫТ ОБСУЖДЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОЙ ТЕМАТИКИ В АМБУЛАТОРНОЙ ГРУППЕ ПОДДЕРЖКИ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

О.М. БОЙКО*,
ФГНБУ НЦПЗ, Москва, Россия,
olga.m.boyko@gmail.com

М.В. МАКЛИН**,
ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия,
masha.maklin@gmail.com

С.Н. ЕНИКОЛОПОВ***,
ФГНБУ НЦПЗ, Москва, Россия,
enikolopov@mail.ru

Для цитаты:

Бойко О.М., Маклин М.В., Ениколопов С.Н. Опыт обсуждения суицидальной тематики в амбулаторной группе поддержки людей, страдающих психическими заболеваниями // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 2. С. 92—103. doi: 10.17759/cpp.2018260206

* *Бойко Ольга Михайловна*, научный сотрудник отдела медицинской психологии, ФГНБУ НЦПЗ, Москва, Россия, e-mail: olga.m.boyko@gmail.com

** *Маклин Мария Владимировна*, кандидат психологических наук, медицинский психолог отделения реабилитации, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия, e-mail: masha.maklin@gmail.com

*** *Ениколопов Сергей Николаевич*, кандидат психологических наук, заведующий отделом медицинской психологии, ФГНБУ НЦПЗ, Москва, Россия, e-mail: enikolopov@mail.ru

Представлен опыт обсуждения суицидальной тематики в группе поддержки людей, страдающих психическими заболеваниями. Проведен анализ влияния суицидальных проявлений на участников группы и ведущих, обсуждены основные подходы к работе с суицидальными проявлениями и ограничения, связанные с работой в группе и наличием психических заболеваний у участников. Выделены цели, встающие перед специалистами при актуализации суицидальной тематики в групповом формате: предотвращение совершения самоубийства и формирования синдрома эмоционального выгорания у ведущих. В соответствие с этим сформулированы задачи: повышение уровня компетентности ведущих в отношении работы с суицидальными проявлениями, уточнение выраженности суицидального поведения и степени риска, предотвращение «нормализации» суицидального поведения, выявление личной мотивации суицидального поведения, обнаружение взаимосвязи между силой суицидальных тенденций и состоянием психического здоровья, работа над повышением комплаентности.

Ключевые слова: суициальные проявления, психические заболевания, группа поддержки.

Суицидальное поведение часто встречается при психических заболеваниях, особенно сопровождающихся депрессивной симптоматикой. По данным Д.Б. Анискина, распространенность суицидов среди психически больных, состоящих на диспансерном учете, более чем в два раза выше общепопуляционной [1].

Амбулаторная группа поддержки — часть лечебно-профилактической программы, опирающейся на биопсихосоциальный подход, имеющий доказанное антисуицидальное значение [8]. Ее работа включает обсуждение текущих проблем каждого участника [15]. Такой формат исключает возможность выбора темы ведущими, что, при достаточном уровне доверия в группе, повышает вероятность обсуждения суицидальной тематики. Игнорирование данной темы, если она заявлена, приведет к росту уровня напряжения и снижению доверия в группе, что резко отрицательно скажется на продуктивности ее работы и может привести к отказу участников от дальнейшего посещения. Не объясняемый ведущими и от этого не понятный участникам отказ от столь эмоционально значимой темы, будучи воспринятым как отвержение, повышает уровень тревожности и снижает уровень доверия к ведущим, как со стороны автора запроса, так и у других участников. В то же время обсуждение этой темы, будучи правильно проведенным, помогает человеку сблизиться с другими людьми, преодолеть ощущение замкнутости, отверженности, одиночества, а также снизить уровень тревоги и дисфории [15, с. 98], а ведущим дает возможность диагностировать наличие суицидальных тенденций у других участников.

Вместе с тем актуализация суицидальной тематики в ходе групповой работы, являясь стрессовым фактором, увеличивает вероятность появления у ведущих симптоматики психологического выгорания, и повышение уровня информированности о целях и способах работы с ней является одним из условий его предотвращения. Суицидальная проблематика может сопровождаться контрпереносной реакцией, когда у ведущих (как у родных, так и у персонала) «появляется желание, чтобы невозможно трудный пациент “исчез”» [6, с. 328], что приводит к неосознаемому игнорированию суицидального риска. К одной из разновидностей такой реакции можно отнести и распространенное отношение к суицидальным проявлениям как к исключительно истерической феноменологии. Такое поведение и его потенциально трагические последствия можно контролировать, зная о его возможности.

Сталкиваясь в ходе ведения группы поддержки с предъявлением в качестве запроса для обсуждения суицидальной проблематики, мы обнаружили отсутствие согласованных рекомендаций в отношении работы с ней именно для групповой работы с людьми, страдающими психическими заболеваниями. В связи с этим, с опорой на анализ литературы, был разработан план работы с суицидальными проявлениями в групповом формате, направленной на снижение вероятности совершения самоубийства участниками группы, с описанием задач, реализация которых необходима для достижения данной цели.

Общие меры, не специфичные для групповой работы, по поводу которых согласны сторонники всех психотерапевтических направлений, включают в себя необходимость предупреждения близких пациента и его лечащего врача-психиатра, если с ними есть контакт [4; 6; 10]. Для того чтобы это не рассматривалось участником группы как нарушение конфиденциальности, необходимо заранее, перед началом работы группы, со всеми обсудить возможность контакта с лечащим врачом и/или родственником в том случае, если, с точки зрения ведущих, состояние участника требует вмешательства. Честное объяснение данной ситуации помогает сохранить доверие к ведущим, без которого невозможна продуктивная работа группы поддержки. Также ведущим необходимо заранее решить для себя вопрос о возможности продолжать работу с участником, чья суицидальная мотивация является истинной, когда имеется желание прекратить жизнь. В случае положительного ответа важно продумать, на каких условиях работа может продолжиться. К таковым может быть отнесено выполнение условия о внеплановом посещении своего лечащего врача-психиатра с предоставлением ведущим справки об этом. Это же может быть решением ситуации, когда у ведущих нет контакта ни с родственниками участника, ни с его лечащим врачом-психиатром.

Непосредственные действия в ситуации обнаружения суицидальных тенденций зависят от подхода, которого придерживается специалист. Сторонники кризисного психологического консультирования предлагают следующие меры: обеспечение круглосуточной доступности психологической помощи, вплоть до разрешения обращаться к специалисту вне зависимости от времени суток [10], и подписание антисуицидального контракта, согласно которому участник обязуется не предпринимать антивитальных действий по отношению к себе в ходе работы, а при возникновении суицидального побуждения обратится за помощью. К сожалению, такой контракт не дает абсолютной гарантии превенции суицида, а напротив, по мнению некоторых исследователей, создает ложное ощущение надежности у специалиста и усиливает ощущение одиночества у пациента. Согласно нидерландскому исследованию, с 23% людей, совершивших суицид, был заключен антисуицидальный контракт. Часть исследователей предлагают использовать вместо него «договор о рефлексии» (обязательство взять паузу и еще раз подумать над ситуацией, возможно, вместе со специалистом) [12], а другие — «планирование ответа в кризисе» («написание на каталожной карточке шагов, направленных на идентификацию индивидуальных предупредительных знаков, а также стратегий совладания, социальной поддержки и профессиональных служб, которые следует привлечь в случае кризиса» [16, цит. по: 9, с. 163]). Психодинамический подход предлагает при выявлении суицидального риска сообщить о его наличии родственникам клиента, подчеркнув, что полностью гарантировать отсутствие суицида невозможно никогда, поэтому необходимо относиться к нему как к признаку смертельно опасного заболевания, которое может обостриться и убить человека в любой момент, а также реалистично описать возможность и ограничения предлагаемого психотерапевтического вмешательства. О. Кернберг считает необходимым установление и соблюдение границ в работе, к нарушению которых относит и возможность круглосуточного доступа к психотерапевту [6].

Были выделены задачи, специфичные для групповой работы с людьми, страдающими психическими заболеваниями, при актуализации суицидальной тематики.

1. Оценка суицидального риска, уточнение выраженности суицидальной феноменологии, уровня его летальности и наличия протективных антисуицидальных факторов [4; 10; 14].

2. Предотвращение «нормализации» суицидального поведения — восприятия его как закономерного и оправданного выхода из ситуации, способа достижения целей [3].

3. Выявление личной мотивации суицидальных тенденций у всех участников, которые сообщают об их актуальности, и помощь в нахождении

других, социально приемлемых и доступных, способов удовлетворения тех потребностей, которые стоят за ними у каждого, работа над автоматизацией и увеличением их представленности в поведении [2; 5; 6; 7; 11].

4. Выявление взаимосвязи усиления суицидальных тенденций с ухудшением психического состояния, поддержание/формирование приверженности лечению и обсуждение возможности усиления медикаментозной поддержки в период ухудшения состояния [1; 2; 8].

Рассмотрим подробнее каждую из этих задач.

Оценка степени выраженности суицидальной феноменологии и уровня ее летальности

Данная оценка необходима для планирования дальнейшего вмешательства. Суицидальное поведение по степени выраженности разделяется на мысли, намерения, планы и действия. Если суицидальные мысли считаются условно нормативным явлением, то намерения, планы и предпринимаемые действия — нет. Перечисляя факторы суицидального риска, необходимо отметить, что переносить данные, полученные на общепопуляционной выборке, без исследования именно когорты психически больных, не всегда обоснованно [14, с. 124]. Так, хотя мужской пол традиционно считается одним из факторов риска [8], исследование выборки самоубийц, состоявших на учете у психиатра, показало, что распространенность суицидов среди психически больных женщин несколько выше, чем среди мужчин [1].

Суицидальный риск оценивается по наличию суицидальных попыток в анамнезе, детализированного плана совершения антивитаальных действий, аффективного антивитаального поведения, злоупотребления ПАВ, а также социальной, в том числе и семейной, дезадаптации, трудностей в трудоустройстве в соответствии с имеющейся квалификацией, реальной или ожидаемой утраты (отношений, статуса, функций, значимого человека, финансового положения), тяжелых конфликтов в ближайшем окружении, суицидального поведения у значимых лиц, тяжело и потенциально инвалидизирующего заболевания [4; 10].

Также фактором риска является нереалистичность представлений о смерти. При сочетании с субъективным ощущением времени, как обратимого и бесконечного, это может провоцировать суицидальные попытки, имеющие в основе несуйцидальные намерения, что требует отдельного обсуждения в ходе работы [13]. Если мотивацией к совершению суицида не является именно прекращение жизни, то важно уточнить насколько человек понимает и отдает себе отчет в окончательности и бесповоротности смерти.

К протективным антисуицидальным факторам относят: наличие антисуицидальных мировоззренческих установок (отрицательное отношение к самоубийству у общества или религии, которую исповедует больной), чувство долга перед семьей, детьми, специалистом, с которым сложились отношения доверия, страх смерти, страх боли, боязнь перед неизвестностью, инстинкт самосохранения, а также ряд факторов, накладывающих моральный запрет на суициды.

Предотвращение «нормализации» суицидального поведения

Неудача в выполнении данной задачи может спровоцировать распространение суицидального поведения среди участников. Успешная работа требует установления и поддержания эмоционального контакта с человеком, предъявляющим суицидальные тенденции как запрос для текущего обсуждения. Это приводит к возникновению дилеммы: как поддержать клиента, но не выразить этим одобрение его поведению. Она решается за счет выражения поддержки именно переживаниям человека с одновременным четким обозначением того, что психолог не является сторонником суицида как способа разрешения волнующей его ситуации.

Для реализации данной задачи необходимо подробно обсудить ситуацию, в которой возникает суицидальный импульс, и переживания, связанные с ней. В случае наличия суженного «туннельного восприятия» есть смысл использовать методику Э. Шнейдмана «10 неподходящих решений», когда человеку предлагается представить 10 вариантов разрешения текущей ситуации, которые ему не подходят, проранжировать их по степени неприемлемости от 1 до 10, а затем обсудить, что именно не устраивает в каждом из них и найти наименее неприятный вариант [14].

При выявлении стереотипного возникновения суицидальных побуждений в определенных психотравмирующих ситуациях может быть полезно использование техники «планирования ответа» [16, цит. по: 9]. Также важно обсуждение представлений участников о последствиях суицидального поведения для близких: они часто преуменьшаются, и осознание того вреда, который суицид в действительности принесет, помогает в предотвращении «нормализации» суицидального поведения [2]. В рамках этой же задачи идет и работа по развенчанию стереотипных представлений о *нормальном* поведении и *нормальной* реакции в ответ на неудачи.

Зачастую, за счет меньшего столкновения с реальной жизнью и отношениями и большого количества надежд и фантазий, у людей, страдающих психическими заболеваниями, есть ожидания собственных сверхвысоких и быстрых достижений [5]. И столкновение с фрустрацией

актуализирует принцип «все или ничего». В этом контексте становится важной работа, направленная на повышение осведомленности о нормативности фрустрации в человеческой жизни, эмоциональное принятие данного факта и «появление внутренней возможности отступления в субъективно непреодолимой ситуации», успешнее проходящая при сформированных отношениях доверия с ведущими [7, с. 55].

Одним из способов становится самораскрытие ведущих с рассказом о ситуациях, подходящих под предъявляемую пациентом, в которых они испытывали стыд, бессилие, гнев, и т. д., и вынуждены были примиряться с несопадением реальности и собственных желаний. Одновременно с этим необходимо признать, что переживания, испытываемые когда что-то не получается, очень неприятны, и помочь освоить культурные способы совладания с ними.

Работа с мотивацией суицидального поведения

Эта работа включает в себя три этапа.

На *первом этапе* предусмотрено выявление личной мотивации и смысла суицидального поведения у всех, кто сообщает о его актуальности. По смыслу выделяют три типа суицидального поведения: истинный (направленный на достижение смерти), аффективный (суицидальные действия совершаются под влиянием текущего аффективного состояния) и демонстративный. Описаны следующие мотивы суицидального поведения: призыв (известный в мировой литературе как крик о помощи, где основным смыслом является привлечение к себе внимания окружающих); протест (активная реакция против сложившейся ситуации); парасуицидальная пауза (необходимость дать себе хотя бы короткий отдых в ситуации конфликта); избегание страдания (необходимость выхода из невыносимой ситуации); самонаказание (стремление к наказанию себя как виновного в создавшемся положении); отказ (желание умереть, прекратить существование) [7]; переживание радости от осознания мощи суицидального импульса [6]; желание сохранить представления о себе или мире, не соответствующие реальному положению дел [11]; желание взбодриться [12].

На *втором этапе* исследуются возможности удовлетворения фрустрированной потребности, лежащей в основе суицидальной активности, так как не каждую потребность можно удовлетворить в желаемой степени и в том виде, в котором человек это себе представляет.

На *третьем этапе* оказывается помощь в нахождении других, социально приемлемых и доступных, способов удовлетворения тех потребностей, которые стоят за суицидальным поведением у каждого участ-

ника, с проведением работы над их автоматизацией и увеличением их представленности в поведении. Также оказывается помощь в проживании процесса скорби по нереалистичным представлениям и потребностям, удовлетворение которых желаемыми для пациента способами невозможно.

Формирование приверженности лечению

Это необходимая задача, так как правильно подобранная и принимаемая фармакотерапия способна стабилизировать состояние пациента и предупреждать усиление тревожной, депрессивной и психотической симптоматики, зачастую являющейся причиной актуализации суицидального поведения [6].

Выполнение этой задачи включает следующее.

1. Повышение критичности участников к собственным психопатологическим проявлениям. Для этого требуется помощь в опознавании и отслеживании проявлений имеющегося психического заболевания. В контексте обсуждаемой проблематики важно вместе с участниками группы проследить взаимосвязь между изменением психического состояния и появлением/нарастанием суицидальных тенденций. Данная задача является объективно сложной, важной и не всегда полностью выполнимой в работе с людьми, страдающими психическими заболеваниями, так как требует признания человеком не только наличия у себя психического заболевания, но и ограничений, с ним связанных, и потерь, им нанесенных (работоспособность, продуктивность когнитивных функций и т. д.) [11]. Следовательно, одним из фокусов групповой работы становится помощь в переживании скорби по несостоявшимся надеждам, мечтам и представлениям о себе и мире.

2. Поддержание конструктивного настроя на сотрудничество с врачом включает в себя: помощь в принятии амбивалентных переживаний по поводу зависимости от врача, поиск тех областей, которые сам пациент может контролировать, того, что можно оптимизировать, и выявление испытываемых в связи с этим сложностей. Некоторые из них могут быть обусловлены дефицитом социальных навыков (когда пациент не может сказать врачу о чем-то тревожащем из-за неловкости, неумения общаться, незнания того, что жаловаться можно и это нормально). Другие связаны со страхом перед возможной госпитализацией или усилением фармакологической поддержки и тревогой перед возникновением/усилением побочных действий принимаемых препаратов вследствие этого в случае, если врач узнает об актуальной суицидальной проблематике [8].

Выводы

Таким образом, конструктивное обсуждение суицидальной тематики в амбулаторной группе поддержки людей, страдающих психическими заболеваниями, требует компетентности ее ведущих в отношении работы с суицидальными проявлениями. Необходимо уметь определять степень выраженности и уровень риска суицидальных проявлений. Одна из основных целей работы — предотвращение «нормализации» суицидального поведения, выявление его личной мотивации, обнаружение взаимосвязи между силой суицидальных тенденций и состоянием психического здоровья, а также работа над формированием и укреплением приверженности лечению.

Описанные мишени работы могут помочь специалисту не только эффективнее работать при столкновении с суицидальными тенденциями у участников группы поддержки, но и, за счет большего понимания своих возможностей и ограничений в этой ситуации, снижают риск профессионального выгорания.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Анискин Д.Б.* Самоубийство как социально-психиатрическая проблема: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1997. 25 с.
2. *Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г.* Когнитивная терапия депрессии: пер. с англ. СПб.: Питер, 2003. 289 с.
3. *Борисоник Е.В., Любов Е.Б.* Клинико-психологические последствия суицида для семьи жертвы // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3. С. 25—41. doi: 10.17759/cpp.20162403003
4. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Под ред. Д. Вассерман. М.: Смысл, 2005. 310 с.
5. *Вулис Р.* Если ваш близкий страдает душевной болезнью: пер. с англ. М.: Нолидж, 1998. 192 с.
6. *Кернберг О.* Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии: пер. с англ. М.: Независимая фирма «Класс», 2001. 464 с.
7. *Конончук Н.В.* О психологическом смысле суицидов // Психология экстремальных ситуаций / Под ред. К.В. Сельченка, А.Е. Тараса. М: АСТ; Минск: Харвест, 2002. С. 52—55.
8. *Любов Е.Б., Носова Е.С.* Суицидальное поведение в начале психических расстройств: отчаяние и надежда // Суицидология. 2017. Т. 8. № 2. С. 28—31.
9. Прогноз и превенция самоповреждений и суицидов // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25. № 3. С. 153—169. doi: 10.17759/cpp.2017250311
10. *Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И.* Психологическая помощь в кризисных ситуациях. СПб.: Речь, 2007. 256 с.
11. *Стайнер Дж.* Психические убежища. Патологические организации у психотических, невротических и пограничных пациентов: пер. с англ. М.: «Когито-Центр», 2010. 237 с.

12. Суицидальный пациент [Электронный ресурс] // Международные новости психиатрии от Елены Можяевой. URL: <http://psypharma.ru/ru/novosti/mezhdunarodnye-novosti-psihiatrii-ot-eleny-mozhaevoy/suicidalnyy-pacient#> (дата обращения: 10.05.2018).
13. Тиано С., Мэнор И., Вэнсан М. Желание умереть и желание совершить самоубийство у подростка — последовательное желание или два разных феномена? // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2005. Т. 2. № 2. С. 19—21.
14. Шнейдман Э. Душа самоубийцы: пер. с англ. М.: Смысл, 2001. 315 с.
15. Ялом И. Стационарная групповая психотерапия: пер. с англ. М.: Эксмо, 2011. 476 с.
16. Bryan C.J., Mintz J., Clemens T.A., Leeson B., Burch T.S., Williams S.R., Maney E., Rudd M.D. Effect of crisis response planning vs. contract for safety on suicide risk in U.S. Army soldiers: A randomised clinical trial // Journal of Affective Disorders. 2017. Vol. 212. P. 64—72. doi:10.1016/j.jad.2017.01.028

THE EXPERIENCE OF DISCUSSING SUICIDAL TOPICS IN AN OUTPATIENT SUPPORT GROUP FOR PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS

O.M. BOIKO*,
Mental Health Research Center, Moscow, Russia,
olga.m.boyko@gmail.com

M.V. MAKLIN**,
Mental Health Research Center, Moscow, Russia,
masha.maklin@gmail.com

S.N. ENIKOLOPOV***,
Mental Health Research Center, Moscow, Russia,
enikolopov@mail.ru

For citation:

Boiko O.M., Maklin M.V., Enikolopov S.N. The Experience of Discussing Suicidal Topics in an Outpatient Support Group for People with Mental Disorders. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2018. Vol. 26, no. 2, pp. 92—103. doi: 10.17759/cpp.2018260206. (In Russ., abstr. in Engl.).

* *Boiko Olga Mikhailovna*, Research associate of Medical Psychology Department, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, e-mail: olga.m.boyko@gmail.com

** *Maklin Mariya Vladimirovna*, Ph.D. in Psychology, Medical psychologist of Department of Rehabilitation, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, e-mail: masha.maklin@gmail.com

*** *Enikolopov Sergei Nikolaevich*, Ph.D. in Psychology, Chief of Medical Psychology Department, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, e-mail: enikolopov@mail.ru

The article reviews the experience of discussing suicidal topics at the support group for people with mental illness. We analyze the influence of suicidal manifestations on the group leaders and participants and discuss the main approaches to work with suicidal manifestations and the limitations set by the group and its participants' mental disorders. We formulate the following goals, which emerge when suicidal topics arise in a support group: preventing suicide and preventing the formation of the syndrome of emotional burnout among the leaders. The tasks necessary to reach the goals are described: increasing the competence level of the group leaders with regards to suicide manifestations, clarifying the severity of suicidal behavior and risk, preventing suicidal behavior from becoming a common response, identifying personal motivation for suicidal behavior, detecting the relationship between the power of suicidal tendencies and the state of mental health and improving compliance. We discuss the ways of fulfilling these tasks and limitations associated with them.

Keywords: suicide, mental disorders, support group.

REFERENCES

1. Aniskin D.B. Samoubiistvo kak sotsial'no-psikhiatricheskaya problema: Avtoref. diss. kand. med. nauk. [Suicide as social-psychiatric problem: Ph. D. (Medicine) Thesis]. Moscow, 1997. 25 p.
2. Beck A., Rush A., Shaw B., Emery G. Kognitivnaya terapiya depressii [Cognitive Therapy of Depression]. Saint Petersburg: Piter, 2003. 289 p. (In Russ.).
3. Borisonik E.V., Lyubov E.B. Kliniko-psikhologicheskie posledstviya suitsida dlya sem'i zhertvy [Clinical and Psychological Consequences for the Families of Suicide Victim]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2016. Vol. 24 (3), pp. 25—41. doi:10.17759/cpp.20162403003. (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Wasserman D. (ed.). *Naprasnaya smert': prichiny i profilaktika samoubiistv [Suicide: An Unnecessary Death]*. Moscow: Smysl, 2005. 310 p.
5. Woolis R. Esli vash blizkii stradaet dushevnoi bolezn'yu [When Someone You Love Has A Mental Illness]. Moscow: Nolidzh, 1998. 192 p. (In Russ.).
6. Kernberg O. Tyazhelye lichnostnye rasstroistva: strategii psikhoterapii [Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies]. Moscow: Nezavisimaya firma "Klass", 2001. 464 p.
7. Kononchuk N.V. O psikhologicheskom smysle suitsidov [Psychological meaning of suicidal behavior]. In Sel'chenok K.V., Taras A.E. (eds.). *Psikhologiya ekstremal'nykh situatsii [The Psychology of Extreme Situations]*. Moscow: AST; Minsk: Kharvest, 2002, pp. 52—55.
8. Lyubov E.B., Nosova E.S. Suitsidal'noe povedenie v nachale psikhicheskikh rasstroistv: otchayanie i nadezhda [Suicidal Behavior at The Beginning of The Mental Disorders: Despair vs. Hope]. *Suitsidologiya [Suicidology]*, 2017. Vol. 8 (2), pp. 28—31.
9. Prognoz i preventsiya samopovrezhdenii i suitsidov [Prognosis And Prevention Of Self-Injuries And Suicides]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2017. Vol. 25 (3), pp. 153—169. doi:10.17759/cpp.2017250311. (In Russ., abstr. in Engl.).

10. Romek V.G., Kontorovich V.A., Krukovich E.I. Psikhologicheskaya pomoshch' v krizisnykh situatsiyakh [Psychological assistance in crisis]. Saint Petersburg: Rech', 2007. 256 p.
11. Steiner J. Psikhicheskie ubezhishcha. Patologicheskie organizatsii u psikhoticheskikh, nevroticheskikh i pogranichnykh patsientov [Psychic retreats. Pathological Organizations in Psychotic, Neurotic and Borderline Patients]. Moscow: "Kogito-Tsentr", 2010. 237 p. (In Russ.).
12. Suitsidal'nyi patsient [The suicidal patient] [Elektronnyi resurs] // *Mezhdunarodnye novosti psikiatrii ot Eleny Mozhaevoy* [International news of psychiatry from Elena Mozhaeva]. Available at: <http://psypharma.ru/ru/novosti/mezhdunarodnye-novosti-psihatrii-ot-eleny-mozhaevoy/suicidalnyy-pacient#> (Accessed 10.05.2018).
13. Tiano S., Menor I., Vensan M. Zhelanie umeret' i zhelanie sovershit' samoubiistvo u podrostka — posledovatel'noe zhelanie ili dva raznykh fenomena? [Are the desire to die and the desire to commit suicide one consistent desire or two different phenomena?]. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [Review of psychiatry and medical psychology named after V.M. Bekhterev], 2005. Vol. 2 (2), pp. 19—21.
14. Shneidman E. Dusha samoubiitsy [The Suicidal mind]. Moscow: Smysl, 2001. 315 p. (In Russ.).
15. Yalom I. Statsionarnaya gruppovaya psikhoterapiya [In-patient Group Psychotherapy]. Moscow: Eksmo, 2011. 476 p. (In Russ.).
16. Bryan C.J., Mintz J., Clemens T.A., Leeson B., Burch T.S., Williams S.R., Maney E., Rudd M.D. Effect of crisis response planning vs. contract for safety on suicide risk in U.S. Army soldiers: A randomised clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 2017. Vol. 212, pp. 64—72. doi:10.1016/j.jad.2017.01.028

ВОССТАНОВЛЕНИЕ СОЗНАНИЯ СКВОЗЬ ПРИЗМУ ПСИХОЛОГИИ: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С РЕБЕНКОМ, ПЕРЕНЕСШИМ ТЯЖЕЛУЮ ТРАВМУ ГОЛОВНОГО МОЗГА

В.И. БЫКОВА*,
НИИ НДХиТ, Москва, Россия,
valentina.bykova.vb@gmail.com

А.Н. ХАРЬКОВСКИЙ**,
НИИ НДХиТ, Москва, Россия,
ark-har@mail.ru

Е.В. ФУФАЕВА***,
НИИ НДХиТ, Москва, Россия,
k.fufaeva@gmail.com

Для цитаты:

Быкова В.И., Харьковский А.Н., Фуфаева Е.В., Лукьянов В.И., Сиднева Ю.Г. Восстановление сознания сквозь призму психологии: психологическая работа с ребенком, перенесшим тяжелую травму головного мозга // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 2. С. 104—124. doi: 10.17759/cpp.2018260207

* *Быкова Валентина Игоревна*, медицинский психолог высшей категории отделения психолого-педагогической помощи, отдел реабилитации, Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии департамента здравоохранения (НИИ НДХиТ), Москва, Россия, e-mail: valentina.bykova.vb@gmail.com

** *Харьковский Аркадий Николаевич*, медицинский психолог высшей категории отделения психолого-педагогической помощи, отдел реабилитации, Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии департамента здравоохранения (НИИ НДХиТ), Москва, Россия, e-mail: ark-har@mail.ru

*** *Фуфаева Екатерина Валерьевна*, медицинский психолог высшей категории отделения психолого-педагогической помощи, отдел реабилитации, Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии департамента здравоохранения (НИИ НДХиТ), Москва, Россия, e-mail: k.fufaeva@gmail.com

В.И. ЛУКЬЯНОВ****,
НИИ НДХиТ, Москва, Россия,
lukianovvaleriy@gmail.com

Ю.Г. СИДНЕВА*****,
НИИ НДХиТ, Москва, Россия,
ygsidneva@gmail.com

Статья посвящена психологической работе с детьми после тяжелых повреждений головного мозга. Представлен метод клинического антропоцентризма, позволяющий не только проводить регулярный «срез» возможностей и определять зоны ближайшего развития пациента на каждом этапе восстановления, но и находить ближайшие и выстраивать долгосрочные задачи психологической реабилитации. Проведен сравнительный анализ восстановления двух детей в сниженном сознании, проходящих реабилитацию с использованием разных методов: клинического антропоцентризма и при стандартном комплексном подходе (психологическое сопровождение семьи, лечебная физкультура, массаж, физиотерапия, фармакотерапия и пр.). Выводы: метод клинического антропоцентризма в работе с ребенком после тяжелого повреждения головного мозга повышает качество и интенсивность его сигналов коммуникации, расширяет возможности движения и поведения.

Ключевые слова: дети, угнетение сознания, глубокие измененные состояния сознания, клинический антропоцентризм.

В последние годы тема сознания и нарушенного сознания после тяжелых повреждений головного мозга стала предметом обширных междисциплинарных обсуждений на стыке медицины, микробиологии, психологии, философии, физики и других наук. Например, в американской литературе такие науки объединены в одну общую группу нейронаук [17].

В практической работе в рамках реабилитации детей с тяжелой черепно-мозговой травмой медицинский психолог включен в работу междисциплинарной команды. Членов команды объединяет общая цель —

**** *Лукьянов Валерий Иванович*, старший научный сотрудник лаборатории новых медицинских технологий, Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии департамента здравоохранения (НИИ НДХиТ), Москва, Россия, e-mail: lukianovvaleriy@gmail.com

***** *Сиднева Юлия Геннадьевна*, врач-нейропсихиатр, кандидат медицинских наук, зав. отделения психолого-педагогической помощи, отдел реабилитации, Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения (НИИ НДХиТ), Москва, Россия, e-mail: ygsidneva@gmail.com

восстановление пациента. При этом каждый специалист имеет свой инструментарий оценки, методологические приемы, определяющиеся специальностью.

На сегодняшний день в России нет единого общего, междисциплинарного понимания термина «сознание», а попытки совместного сотрудничества представителей различных наук для создания общего терминологического поля редки и, к сожалению, непродуктивны. Встречи представителей разных специальностей можно охарактеризовать метафорой басни И. Крылова «Лебедь, рак и щука», где каждый имеет претензию на собственное видение, представление и априорность, а собственно диалога не происходит. «Благодаря новым наукам о разуме на нас хлынул поток интересных фактов, но не появилось теоретической конструкции, которая хотя бы в принципе объединяла эти факты в единое целое» [17, с. 3].

Примером несостоятельности попыток одной дисциплины решить данную проблему может быть медицинский подход к восстановлению сознания после тяжелых повреждений головного мозга. Прежде всего, надо отметить, что в медицине нет самого определения понятия «сознание». Из-за отсутствия аналитико-синтетического подхода и поиска закономерностей функционирования сознания явление остается закрытым, вследствие чего оцениваются только его нарушения. И, следовательно, рассмотрение феномена нарушенного сознания, при всем разнообразии исследовательских методов и подходов, происходит в основном в локусе «частичной» диагностики с учетом анатомических и физиологических условий восстановления.

Результатом такой диагностики является то, что для врача нарушенное сознание выступает представительством личностного, а личность пациента сводится к его сознанию. В итоге вывод получается довольно простой: нет сознания — нет личности! А конечная цель восстановительного процесса формулируется как необходимость вернуть пациенту прежний контроль, произвольность и речевой ответ — медицинские критерии наличия сознания. Однако, с точки зрения психологии, приведенные параметры не могут являться определяющими критериями личности, а лишь отдельными ее составляющими.

Таким образом, объективистский подход, при его безусловной важности в медицинской практике и науке, применительно к феномену сознания, пониманию его структуры и закономерностей, крайне узок и фактически недостаточен, а значит, должен быть восполнен психологическим пониманием.

Так, нарушения сознания, определяемые медициной как «угнетенное» или «сниженное», входят в более широкое понятие, в психологической литературе обозначаемое термином «измененные состояния

сознания» (ИСС). В качестве характерного признака измененных состояний сознания выделяют системные изменения связи содержания непосредственных переживаний с реальным миром. То есть при ИСС имеют место искажения представлений о внешней реальности или осознания себя в виде галлюцинаций, иллюзий, складывающиеся в глобальное изменение репрезентаций. О.В. Гордеева выделяет несколько признаков ИСС — расстройство произвольного внимания, изменения перцептивных процессов, усиление образности, изменение схемы тела, расстройство целенаправленного мышления, изменение самосознания и смысловые трансформации [7]. Важно добавить, что в XX в. американский психиатр Арнольд Людвиг отмечал, что характерным признаком измененных состояний сознания, индуцированных физическими, психическими и фармакологическими средствами, является изменение субъективного ощущения течения времени [22].

Психологическое понимание позволяет проводить более тонкую градацию состояний сознания. Так, при тяжелых поражениях головного мозга нужно говорить не вообще об измененных состояниях сознания, генезис которых может быть различен, а именно о *глубоких* измененных состояниях сознания (ГИСС). Признаками ГИСС являются: отсутствие любой целенаправленной активности [11], разрушение восприятия схемы собственного тела и глубокие изменения в перцептивных процессах (игнорирование или сильное искажение чувств от собственного тела), нарушение чувства внешнего времени и внутреннего хронотопа [4], искажение или полное отсутствие произвольного внимания [23].

У пациентов, находящихся в ГИСС отсутствует собственное вербальное самовыражение. А поскольку, согласно Э. Голдбергу, «...язык придает форму нашему познанию, устанавливая некоторые модели мира», и без «этих моделей мир, окружающий нас, был бы огромным калейдоскопом несопоставимых ощущений» [6, с. 113], это позволяет предположить отсутствие у них образности и смыслообразующей функции мышления.

Важно также обратить внимание на то, что у таких пациентов отмечается полный распад всех процессов деятельности на отдельные, не связанные одной единой целью, действия [13], потребности редуцируются до уровня витальных, а какая-либо мотивация практически отсутствует [16]. Пациенты не способны к самонаблюдению как способу познания и «интенциональному отношению к объектам» [19, с. 47].

Отдельно нужно рассмотреть вопрос о личности пациента в глубоком измененном состоянии сознания после повреждения мозга. Глубокие измененные состояния сознания сопровождаются значительным психическим регрессом личности [13]. Личность как бы исчезает из поля зрения другого и, если на месте этого другого оказывается при-

верженец естественнонаучной точки зрения, то за истинную реальность он воспринимает мнимое исчезновение личности больного. Происходит вторичное обезличивание пациента, ложно подтверждающее врачу «объективность и правильность» сформированного у него ранее субъект-объектного подхода, при котором пациент выступает лишь в роли пассивного объекта врачебных манипуляций [1].

В основе психологии как науки — в отличие от медицины — лежит субъект-субъектный подход [12], который позволяет рассматривать работу с пациентом в ГИИС как встречу личности терапевта с пусть измененной и депривированной, но личностью пациента. Важным отличием психологического подхода от медицинского является то обстоятельство, что психология не ставит знак тождества между феноменом сознания и личностью. Сознание занимает только лишь часть личностного пространства, куда еще могут входить бессознательные содержания, мотивы, инстинкты и пр.

Авторы, работая с детьми в угнетенных состояниях сознания после повреждений головного мозга, пришли к необходимости обобщения и анализа накопленного клинического опыта, именно его психологических аспектов — в первую очередь, для понимания механизмов восстановления и развития возможностей пациентов, формирования подходов и методов, формулирования правил и принципов работы. Без данного анализа невозможно ни дальнейшее осознание и развитие, ни передача накопленного опыта.

Анализ психологической работы с детьми в глубоких измененных состояниях сознания позволил сформулировать основной методологический принцип — необходимость переноса акцента на индивидуальные потребности самого ребенка. Для данного подхода мы предлагаем использовать термин «клинический антропоцентризм» (от греч. *άνθρωπος* — человек и лат. *centrum* — центр) в противовес общепринятому сейчас «сомато-центрическому» подходу, ориентированному в первую очередь на естественнонаучные объективистские представления с гуманистическим нигилизмом, где человек выступает лишь как пассивный объект медицинских вмешательств, а количественные методы исследований основаны на усредненных данных по определенной популяции.

Вслед за работами А. Минделла, основоположника процессуально-ориентированного подхода [18], новая концепция метода, направленного на восстановление сознания пациента через подчеркивание его значимости в контакте реабилитационной команды, была предложена еще в 2007 г. в НИИ нейрохирургии имени акад. Н.Н. Бурденко О. Макасовой [14; 15]. К сожалению, тогда концепция не получила своего терминологического обоснования и не была наполнена психологическим содержанием.

В качестве метода психологической работы с больными в сниженном сознании авторы предлагают термин «клинический антропоцентризм», акцентирующий внимание на определении внутренних потребностей пациента, что не отрицает ранее разработанные и апробированные методы нейрореабилитации, но отводит им подчиненное место.

Теоретическое обоснование метода

Коммуникация человека с окружающей средой может рассматриваться как неперенное и обязательное условие формирования и становления личности [5]. Говоря об окружающей среде, мы, прежде всего, имеем в виду непосредственные связи ребенка с людьми, находящимися рядом (родителями, взрослыми, сверстниками). Это значимые для ребенка люди, от которых в первую очередь зависит формирование его личности. Они являются посредниками между культурной средой и ребенком, обеспечивая процесс интериоризации элементов опыта, значимых в развитии ребенка. Внешняя (социальная) среда в этом смысле является структурным элементом личности [8].

Эти закономерности сохраняются и должны учитываться в процессе восстановления личности после глубоких повреждений головного мозга. Для любого ребенка, тем более в ситуации тяжелой болезни, очень важна фигура значимого другого [2]. Несмотря на отсутствие у больных детей вербальной коммуникации, грубейшие нарушения движений и телесности в целом, процесс общения с маленькими пациентами продолжается [3]. Это общение, во-первых, обладает качественно иными характеристиками — замедленностью, прерывистостью, неустойчивостью и непостоянством, а во-вторых, отнюдь не является односторонним (только со стороны мамы или специалиста), имеет форму диалога, который перешел из вербальной в невербальную форму. В этом диалоге теряется осознанность и вербальное проявление индивидуальной позиции ребенка, а на первый план выходят ощущения и чувства.

Используя термины аналитической психологии К.Г. Юнга, можно говорить о том, что после тяжелых повреждений головного мозга человеческое сознание погружается в глубинные архаические, «досознательные» пласты [24]. Здесь нет бессознательных содержаний, а только их фрагменты, составные части, из которых впоследствии будут восстанавливаться эти самые содержания бессознательного, а далее и сознания. Личностный уровень сохраняется лишь в виде эмоционально-непосредственных следов, ожидающих своего проявления в поведении.

Дети в таких состояниях не всегда «понимают», чего они действительно в данный момент «хотят». Их потребностные состояния не являются

опредмеченными и не имеют четко направленного вектора, а могут проявляться в виде общего двигательного беспокойства, вегетативных возбуждений, звукового «хаоса» и других поведенческих и эмоциональных реакций. При общении с таким ребенком в качестве *понимающего взрослого* выступает тот, кто откликается на его истинные потребности. С помощью значимого взрослого ребенок начинает определять сначала свои базовые потребности, а в дальнейшем формировать потребности более высокого уровня. Например, мы можем проследить изменение потребности в социальном общении ребенка. В зависимости от степени депривации его сознания и коммуникативных возможностей меняется принятие ребенком окружающих людей: близких взрослых; других понимающих взрослых, относящихся к ребенку с любовью и находящихся в его ближайшем окружении; маленьких детей до 5 лет; инвалидизированных детей и, наконец, здоровых детей. Дети на стадии минимального сознания абсолютно индифферентны к другим детям (например, соседям по палате или проходящим в палату), но явно оживляются при виде маленьких детей от года до 5 лет — начинают улыбаться, следить глазами за ребенком, стараются протянуть к нему руки, увеличивается их общая двигательная активность и пр. Состояние минимального сознания (*minimally conscious state*) характеризуется следующими поведенческими реакциями: фиксация взора и слежение; выполнение простых команд; жестовый/вербальный ответ «да/нет» вне зависимости от правильности; любые целенаправленные поведенческие проявления (любые движения, эмоциональные реакции в ответ на внешние раздражители) [26].

Если большой ребенок находится уже на стадии интеллектуально-ментической недостаточности (согласно классификации Доброхотовой—Зайцева) [10], то он даже не делает попытки общения со здоровыми детьми (знакомыми и нет), так как общение с ними его фрустрирует и тяготит. Однако у таких детей возникает искренний интерес к детям с замедленным внутренним ритмом и/или инвалидизированным детям.

Некоторые методические приемы

Конечной точкой восстановления сознания при выходе из глубоких измененных состояний является встреча пациента с непосредственной окружающей его реальностью. Так, одна из методик клинического антропоцентризма, позволяющих объединить три составляющие ситуации (состояние сознания, личность, значимые другие), проходит процесс внутреннего моделирования и воспроизведения для пациента непосредственных реальных жизненных ситуаций, на которые он мог бы откликнуться, используя доступные средства. Например, если во время

занятия отмечено единичное движение руки ребенка, то именно «совместное проживание», продолжение и усиление данного движения, описание его вербально позволяет понять к чему данное движение относилось, что выражало, а также предоставляет поле для повторного воспроизведения в других ситуациях. Это имеет значение, даже если ребенок, в силу своего состояния, реагирует только на бессознательном уровне. «В психологии, — писал Л.С. Выготский, — совершенно законно говорить о психологически сознательном и о психологически бессознательном: бессознательное есть потенциально-сознательное» [5, с. 45]. Данная методика в рамках клинического антропоцентризма не ставит своей задачей отработку правильного и однозначного движения, как это происходит в лечебной физкультуре, а является сначала общим поиском для пациента его особенной неповторимой двигательной карты взаимодействия.

Процесс восстановления сознания после тяжелых травм головного мозга нуждается в постоянном и активном межличностном диалоге больного ребенка не только с близкими и окружающими его людьми, но и со специалистами реабилитации. В психологическом аспекте реабилитационная команда в процессе восстановления больного ребенка должна занимать особое значимое место в его жизни, так как она определяет задачи каждой стадии восстановления, определяя зоны ближайшего развития ребенка [5]. Конечно, в идеале, работа должна выстраиваться с опорой на концепцию возвращения утраченной целостности ребенка. Нейрохирург должен возвращать анатомическую целостность (непосредственные анатомические соответствия) [20], врач-реабилитолог — функциональную целостность, нейропсихиатр — характерологическую (эмоционально-личностную и поведенческую) [21], врач лечебной физкультуры — двигательную, нейропсихолог — когнитивную [23], психолог — мотивационно-личностную и психологическую. Вся команда, если она объединена одним общим смыслом работы, может являть собой образ, собирательную фигуру значимого другого, делегирующую больному ребенку разные стороны его жизни, личности и деятельности. Каждый специалист персонифицирует отдельные черты, функции пациента, подлежащие интеграции и интериоризации пациентом в целостную личностную структуру [14].

Так, например, команда может задать больному ребенку ситуацию «контролируемой опасности» падения для включения его двигательных, телесных возможностей сначала через «совместный танец» с ведением его рук, ног, головы и тела, где движения команды диктуются (или не диктуются) неосознанными минимальными тенденциями самого пациента. В процессе дальнейших движений при возможном по-

вторе самой модели ситуации участие команды в движениях пациента становится менее активным и заметным, происходит постепенное делегирование ребенку движений в его уже самостоятельной реализации. Количество, повторяемость и вариабельность ситуаций будут продиктованы не желанием специалистов команды, а истинными потребностями самого ребенка, его динамическими, телесными и личностными возможностями.

П. Жане утверждал: «Свойства личности — целостность, идентичность, обособленность — происходят от свойств нашего тела» [9, с. 30]. Выше авторы упоминали о внутренней личностной целостности, тесно связанной с целостностью телесной, формирующейся в процессе развития ребенка с младенчества и являющейся своеобразной телесной основой личности. Базовыми элементами этой основы являются чувства позы и равновесия, поэтому восстановление личностного уровня ребенка при угнетении сознания начинается с элементарных базовых составляющих, а задача восстановления в рамках клинического антропоцентризма — создание для ребенка событий соответствующего уровня. Здесь речь идет о событиях двигательных и перцептивных, сопровождаемых вербальными комментариями значимого взрослого.

Следующей частью процесса являются ответы ребенка на происходящие маленькие события — его реакции, выражающие внутренние переживания и чувства. Учитывая эти реакции, взрослый может изменять какие-либо элементы внутри происходящего события. В итоге, мы приходим к диалогу с ребенком в глубоком измененном состоянии сознания. Этот диалог значимого взрослого или нескольких взрослых, выступающих сообща, и ребенка происходит на доступном для него уровне, что является условием трансформации эмоционально-непосредственных смыслов в вербализованные, которые, в свою очередь, влияют на дальнейший процесс самоорганизации ребенка в восстановлении. Таким образом, диалог реабилитационной команды в рамках метода клинического антропоцентризма позволяет увидеть, осознать и вернуть недостающие элементы в мозаике разрушенной или утерянной внутренней целостности ребенка, находящегося в сниженном сознании, отразить их в зеркале команды и при воспоминании, приобретении заново, интериоризировать.

Во время занятий в рамках клинического антропоцентризма ведущим общего процесса может оказаться любой участник — как пациент, как физический терапевт, так и психолог. Вся команда является целостным организмом, «дышит» в едином эмпатическом поле и то, что не может поймать, почувствовать и сформулировать одна часть (пациент), ощущает другая (терапевт, ко-терапевт). Интерпретация интенций и

движений исходит не из мыслительных конструктов команды, так как достаточно велика погрешность собственных проекций, а из направления ведения физического тела пациента и/или его ощущений и чувств. Любое, даже самое малое, неосознанное движение ребенка может при своей амплификации развернуться в большое, направленное, мотивированное движение, иницируя к смысловому взаимодействию ребенка с окружающим его миром.

Метод клинического антропоцентризма, как и любой другой метод, имеет свои ограничения. Для работы в данном методе требуется целый коллектив, объединенный одними смыслами, который существует и двигается как один единый организм. Хорошая работа в данном методе может осуществляться как минимум с помощью двух—трех терапевтов (ко-терапевтов), требуется много рук для адекватного и полного чувствования различных минимальных телесных интенций пациента. При работе не допускаются эгоцентрическая позиция отдельных членов команды или фокусирование на личной, индивидуальной позиции каждого. Также категорически недопустимы разногласия внутри самой команды, только если эти разногласия не продиктованы частью процесса самого пациента (например, направленное раздражение пациента на одного из членов команды и пр.).

Метод

Представлено два клинических случая восстановления детей, находящихся в сниженном сознании. Оба ребенка получили тяжелую черепно-мозговую травму со значимым снижением сознания до 7 баллов по Шкале комы Глазго (ШКГ). В первом случае ребенок проходил стандартное лечение в рамках комплексного подхода. Во втором — применялся метод клинического антропоцентризма.

Результаты восстановления сознания оценивались по трем шкалам (двум медицинским и одной психологической).

1. Медицинские шкалы: Шкала комы Глазго (ШКГ), Шкала Доброхотовой—Зайцева [10].

2. Психологическая шкала оценки коммуникативных возможностей (SCABL n) [25].

В 2014—2015 гг. авторами были предложены шкалы для оценки коммуникативных возможностей детей после тяжелых повреждений головного мозга (SCABL и SCABL n) [3; 25]. Данные шкалы позволяют детально и тонко оценить возможности общения ребенка в сниженном сознании, фиксировать качество и степень проявленности его ответных сигналов в диалоге при взаимодействии с другими.

Первый клинический случай

Мальчик 15 лет упал с электрички. Ребенок поступил в Институт на следующий день после травмы.

Диагноз при поступлении: последствия открытой тяжелой черепно-мозговой травмы. Диффузно-аксональное повреждение III степени (очаги ушиба: правая теменная доля, левые лобная и височная доли). Вдавленный перелом правой теменной кости. Оскольчатый вдавленный перелом правой теменной кости. Смещение срединных структур вправо. Множественные геморрагические ушибы мозгового вещества различной локализации, различных размеров в обоих полушариях головного мозга с зонами отека.

Клинические показатели при поступлении. Значительное снижение сознания после тяжелой травмы головного мозга: уровень сознания (по Доброхотовой—Зайцеву) — вегетативное состояние, ШКГ = 7 баллов, SCABL n = 51 балл — значимое снижение коммуникативной активности ребенка при максимуме по шкале 190 баллов.

Во время госпитализации проводились комплекс необходимых диагностических и лечебных процедур (реанимационных, нейрохирургических, соматических), медикаментозная коррекция. Комплексная реабилитация была направлена на восстановление сознания и двигательных возможностей. В междисциплинарную команду реабилитации входили невролог-реабилитолог, медицинский психолог, нейропсихиатр, педагог-дефектолог, логопед. С мальчиком занимались методисты лечебной физкультуры с использованием пассивных и активных лечебно-физических методов воздействия, массажисты, физиотерапевты. Также произошло психологическое сопровождение родителей ребенка.

В задачи психологического сопровождения входило:

- 1) информационно-психологическое ведение;
- 2) введение родителей в контекст болезни сына (этапность основного заболевания, ход реабилитационного процесса);
- 3) формирование адекватных целей на каждом этапе;
- 4) коррекция уровня ожиданий.

Результаты восстановления при выписке из стационара (через 30 дней): ШКГ = 7 баллов, что говорит о значительном угнетении сознания. Уровень сознания (по Доброхотовой—Зайцеву) — выход из вегетативного состояния, SCABL n (итоговое) = 83 балла. Дельта SCABL n за все время госпитализации = + 32 балла, т. е. произошло некоторое возрастание возможностей коммуникации ребенка по вегетативным и двигательным сигналам.

При выписке из стационара ребенок лежит в кровати, смотрит на всех с улыбкой, кивает головой. Ответы, которые ребенок дает кивками, не-

адекватны задаваемым вопросам. Ребенок может при прощании махать рукой, но при условии дополнительной инициации со стороны собеседника и по повтору. Мальчик может лежать в неудобной позе, не пытаться ее изменить, не может показать ухаживающим, что ему неудобно. На протяжении всего дня ребенок лежит, не демонстрируя собственных желаний и не обращая внимания на окружающих, если только не подойдет к нему очень близко и не обратиться; потребности в аффилиации у мальчика нет. Чтение книг, просмотр мультфильмов, прослушивание различной музыки у ребенка не вызывает эмоционального отклика. Общее двигательное оживление отмечается только перед принятием еды.

Второй клинический случай

Девочка 12 лет упала с лошади. Поступление в Институт через три месяца после полученной травмы.

Диагноз при поступлении: последствия тяжелой черепно-мозговой травмы в виде внутренней гидроцефалии и кистозно-рубцовых изменений левого полушария с явлениями атрофии. Очаговые изменения, как следствия диффузно-аксонального повреждения III степени (мозолистое тело и средний мозг) и множественных геморрагических ушибов. Слепота вследствие травмы и снижение слуховых возможностей.

Клинические показатели при поступлении: значительное снижение состояния сознания. Уровень сознания (по Доброхотовой—Зайцеву) — гиперкинетический мутизм с негативизмом, ШКГ = 7 баллов, SCABL n = 79 баллов. Ребенок не разговаривал, в контакт вербально и невербально не вступал. Девочка демонстрировала неосознанные, нецеленаправленные, хаотичные движения, не связанные с текущей ситуацией.

В стационаре девочка прошла необходимые диагностические и лечебные процедуры (нейрохирургические, соматические), медикаментозное лечение. Комплекс реабилитационных процедур включал психолого-педагогическую реабилитацию (медицинский психолог, нейропсихиатр, педагог-дефектолог, логопед), двигательную реабилитацию (лечебная физкультура, массаж), физиотерапию.

Было проведено 16 психологических занятий в рамках клинико-антропоцентрического метода.

Цели занятий.

1. Увеличение количества и проявленности сигналов коммуникации. Любой двигательный или вокализованный сигнал ребенка «подхватывался» и аплифицировался терапевтической группой. Была выделена область коммуникативной активности ребенка и определены «зоны ее ближайшего развития».

2. Выстраивание движений и внутренних психических процессов, исходя из интенций самого ребенка. Любые действия команды были продиктованы не пожеланиями ее членов, а потребностями девочки, которые и диктовали цели, задачи занятий.

Результаты восстановления при выписке из стационара (через 30 дней) ШКГ = 10-11 баллов. Увеличение возможностей в открывании глаз и получении двигательного ответа на взаимодействие с другими людьми. Уровень сознания (по Доброхотовой—Зайцеву) — акинетический мутизм с эмоциональными реакциями и частичным пониманием речи. Ребенок перестал демонстрировать хаотическую двигательную активность и лучше отражал текущую ситуацию вокруг себя. SCABL n (итоговое) = 141 балл. Дельта SCABL n за время госпитализации = + 62 балла. Количество и проявленность сигналов коммуникации девочки значительно увеличилось. Сигналы коммуникации стали более предметно направленными. Например, ребенок уже мог отвечать голосом и жестом на вопрос, обращаясь именно к собеседнику. Девочка также могла высказывать предпочтения в еде.

В поведении ребенка появилась собственная инициация, направленная на витальные потребности. Отмечено появление произвольности (удержание ложки, причесывание и пр.). Девочка начала ощупывать предметы и объекты, выполнять эпизодически простые двигательные инструкции. Во время общения специалиста с родителями девочка явно прислушивается к разговору, может спонтанно начать выполнять простые движения — подать руку и пр. Появились эпизодические ответы головой «нет» и «да» на обращение или простые вопросы. Отмечается появление собственных движений, направленных на выход из дискомфортных ситуаций. Ребенок реже занимает позу эмбриона и быстро из нее выходит. Появились предпочтения при общении с другими взрослыми (помимо родителей). Во время занятий лечебной физкультурой девочку можно попросить, уговорить что-либо сделать. Эмоционально ребенок может выражать свои реакции. В большей степени это негативные реакции, но отмечается и появление улыбки.

Прогностически навыки и умения, а также интериоризированные возможности ребенка (реакции в ситуации угрозы и пр.), приобретенные девочкой за время госпитализации, будут ей использованы дома и создадут основу для дальнейшего восстановления.

Сравнительный анализ клинических случаев

Ниже на рисунках представлена поэтапная картина общей динамики восстановления коммуникативных возможностей детей из обеих групп. Проведение оценки SCABL n происходило каждые 2 недели в рамках одной госпитализации и курса реабилитации. Первый этап — первые две

недели госпитализации, второй этап — следующие и третий — заключительные. Масштаб в каждой отдельной диаграмме произвольный и приводится для наглядности картины восстановления.

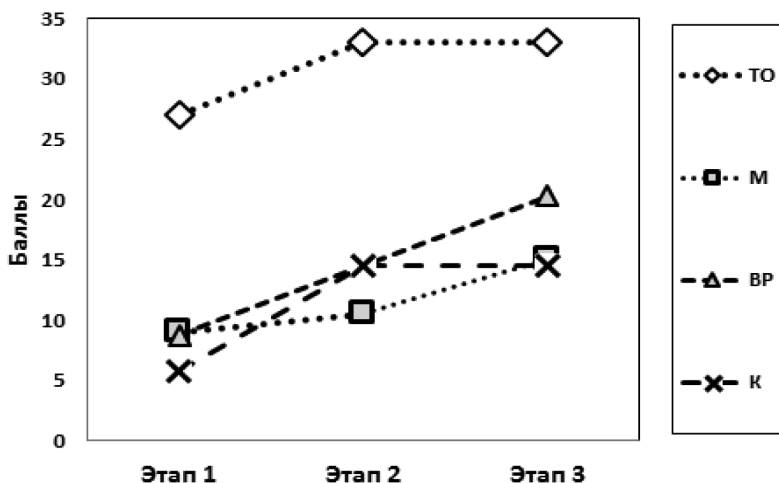


Рис. 1. Динамика по SCABL n у ребенка 1 (в баллах): ТО — телесный ответ, М — мимика, BP — вегетативные реакции, К — уровень контакта

У мальчика динамика по шкале SCABL n за время госпитализации составила +32 балла (рис. 1). У ребенка не отмечалось восстановление речевых возможностей, но наблюдалась положительная динамика в восстановлении двигательных, мимических и вегетативных реакций. Также состояние ребенка стабилизировалось по двигательным возможностям и контакту с окружающим миром.

У девочки отмечена положительная динамика по категориям «Жесты», «Мимика» и «Двигательные реакции». Динамика по шкале SCABL n за время госпитализации составила +62 балла (рис. 2). За это время с ребенком проходили занятия по методу клинического антропоцентризма. Важным для ребенка оказался второй этап. С этого периода отмечается значительный прирост по категориям «Жесты», «Мимика» и «Телесные ответы». Ко второму этапу восстановления ребенка появляются звуки на обращения и медицинские манипуляции — ответы на непосредственное взаимодействие в различных ситуациях.

Дети были выписаны из стационара с явным улучшением в своем состоянии как по уровню сознания, так и по двигательным возможностям. При использовании метода клинического антропоцентризма отмечается ощутимое возрастание количества коммуникативных возможностей детей, а приобретенные навыки интериоризированы (рис. 3).

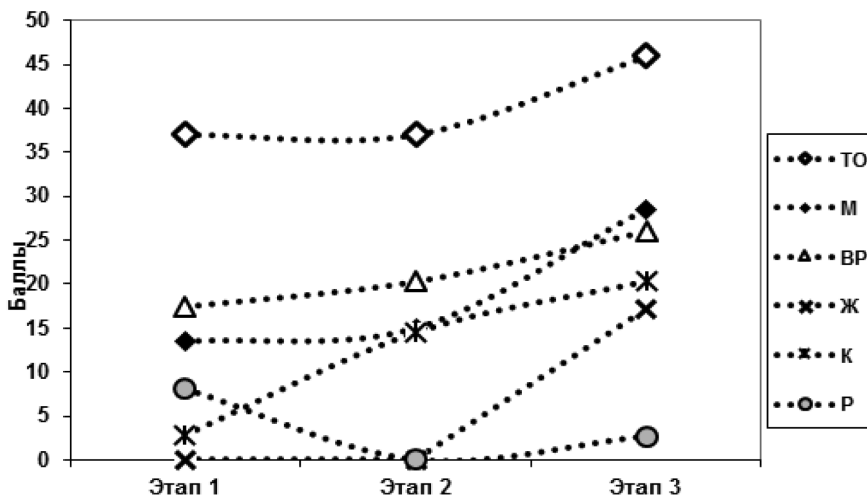


Рис. 2. Динамика по SCABL у ребенка 2 (в баллах): ТО — телесные ответ, М — мимика, BP — вегетативные реакции, Ж — жесты и поза, К — уровень контакта, Р — речь, вербалика

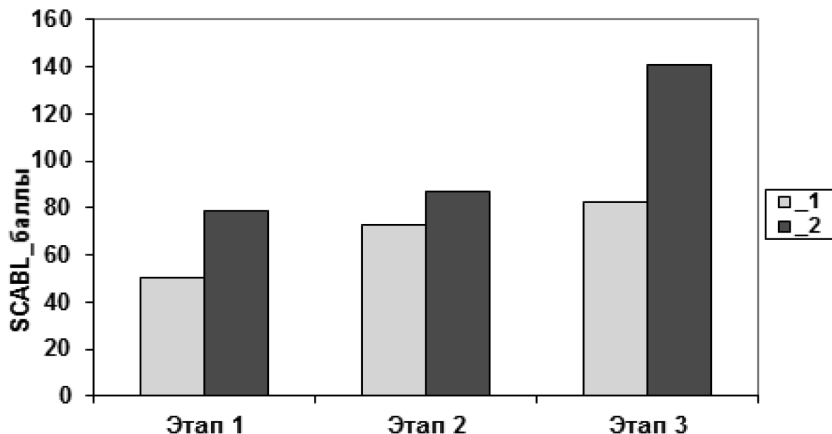


Рис. 3. Сравнительная диаграмма восстановления сигналов коммуникации у мальчика (1) и девочки (2)

Таким образом, можно заключить, что применение метода клинического антропоцентризма в работе с детьми, находящимися в сниженном сознании после тяжелых повреждений головного мозга, не только возможно, но и является необходимым.

Выводы

Приведенные выше клинические примеры позволяют авторам статьи выделить несколько важных моментов методологии клинического антропоцентризма и сформулировать базовые принципы его использования. Процесс восстановления пациентов при угнетении сознания в рамках концепции клинического антропоцентризма определяется не средствами и возможностями реабилитации, а индивидуальными потребностями самого пациента. Именно благодаря принципу индивидуальности можно выстраивать межличностный диалог с ребенком, предоставляя ему не только психологическую поддержку, но и создавая пространство понимания для дальнейшей мотивации развития и восстановления.

В диалоге необходимо обращение к формирующейся (восстанавливающейся) личности ребенка при разрушенной ее целостности после поражения головного мозга.

Не менее значимо определение «зон ближайшего развития» пациента на каждом «временном отрезке» восстановления и при каждой непосредственной встрече с ребенком.

В диалоге с пациентом изменяются акценты использования модальных систем. Происходит смещение акцента диалога из аудиальной и зрительной плоскостей в кинестетическую, с опорой на двигательные и телесные сигналы ребенка. Данное утверждение не предполагает исключение аудиальной и других модальностей из контекста диалога, а выделяет двигательную (телесную) модальность как ведущую. Важно также помнить о необходимости постоянного вербального сопровождения любых действий терапевта(команды) и движений пациента для переведения неосознанных действий в план формирования и осознания.

Главенствующий принцип работы — «процессуальность, а не ситуативность». В работе с пациентом психотерапевтический процесс и динамика состояния ребенка будут определять дальнейшие действия и задачи всего сеанса.

Из предыдущего следует принцип отсутствия жестких установок и планов. При каждой встрече есть смыслообразующая цель, но средства и методы работы диктуются встречей пациента и команды, внутренним состоянием каждого члена команды, включая пациента.

Проведение любого занятия по методу клинического антропоцентризма проводится терапевтической группой (минимум 2 человека), в которой любой участник диалога, включая больного ребенка, может взять на себя ведущую роль.

Таким образом, клинико-антропоцентрический метод психологической работы опирается на базовые, классические подходы в формировании личности, а также на гуманистические принципы современных тен-

денций в реабилитации — переведения пациента в сниженном сознании из позиции *объекта*, с пассивным участием в восстановительном процессе, в позицию *субъекта* — как важного и активного участника всего процесса собственного восстановления.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Братусь Б.С.* Аномалии личности. М.: Мысль, 1988. 88 с.
2. *Бубер М.* Проблема человека // Два образа веры. М.: Республика, 1995. С. 157—231.
3. *Быкова В.И., Лукьянов В.И., Фуфаева Е.В.* Диалог с пациентом при угнетении сознания после глубоких повреждений головного мозга // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Т. 23. № 3. С. 9—31. doi:10.17759/spp.2015230302
4. *Быкова В.И., Фуфаева Е.В., Львова Е.А., Валиуллина С.А.* Особенности ранней психологической реабилитации при нарушении сознания у детей после ТЧМТ // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2013. № 5. С. 104—110.
5. *Выготский Л.С.* Собрание сочинений: в 6 т. Т. 3. Проблемы развития психики. М.: Педагогика, 1983. 368 с.
6. *Голдберг Э.* Парадокс мудрости. Научное опровержение «старческого слабоумия»: пер. с англ. М.: Поколение, 2007. 384 с.
7. *Гордеева О.В.* Измененные состояния сознания и культура. Хрестоматия. СПб.: Когито-Центр, 2012. 430 с.
8. *Горянина В.А.* Психология общения. М.: Издательский центр «Академия», 2002. 416 с.
9. *Жане П.* Психологическая эволюция личности: пер. с фр. М.: Академический проект, 2010. 398 с.
10. *Зайцев О.С.* Психопатология тяжелой черепно-мозговой травмы. М.: МЕД-пресс-информ, 2011. 336 с.
11. *Закрепина А.В.* Педагогические технологии в комплексной реабилитации детей с тяжелой черепно-мозговой травмой. М.: ПАРАДИГМА, 2012. 302 с.
12. Как построить свое «я» / Под ред. В.П. Зинченко. М.: Педагогика, 1991. 136 с.
13. *Леонтьев А.Н.* Деятельность. Сознание. Личность. М.: Политиздат, 1975. 304 с.
14. *Максакова О.А.* Реабилитационная команда — путь к интеграции // Основы частной медицинской реабилитации и восстановительной неврологии / Под ред. Д.Д. Панкова. М.: Колос. 1997. С. 107—115.
15. *Максакова О.А.* Командная работа как путь к возвращению сознания // Вопросы нейрохирургии. 2014. № 1. С. 57—68.
16. *Маслоу А.* Мотивация и личность: пер. с англ. СПб.: Евразия, 1999. 479 с.
17. *Метцингер Т.* Наука о мозге и миф о своем Я. Тоннель эго: пер. с англ. М.: Издательство АСТ, 2017. 413 с.
18. *Минделл А.* Кома: ключ к пробуждению. Самостоятельная работа над собой: Внутренняя работа со сновидящим телом: пер. с англ. М.: АСТ., 2005. 284 с.
19. Психология сознания / Под ред. Л.В. Куликова. СПб.: Питер, 2001. 480 с.

20. Семенова Ж.Б. Этапы оказания помощи детям с черепно-мозговой травмой. Задачи нейрохирурга // Неврология и нейрохирургия детского возраста. 2012. № 2—3. С. 105—112.
21. Системный подход в ранней реабилитации детей с тяжелой черепно-мозговой травмой. Часть 1. (методические рекомендации № 48). М.: Правительство Москвы Департамент здравоохранения города Москвы, 2014.
22. Тарт Ч. Измененные состояния сознания: пер. с англ. М.: Эксмо, 2003. 285 с.
23. Фуфаева Е.В., Лукьянов В.И., Быкова В.И., Семенова Ж.Б., Валиуллина С.А. Раннее нейропсихологическое сопровождение детей с тяжелой черепно-мозговой травмой // Нейрохирургия и неврология детского возраста. 2012. № 4 (34). С. 61—75.
24. Юнг К.Г. Очерки по психологии бессознательного: пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2010. 352 с.
25. Bykova V.I., Lukyanov V.I., Fufaeva E.V. Communicative activity of children in the state of suppressed consciousness after severe traumatic brain injury // Acta neuropsychologica. 2014. Vol. 12 (4). P. 417—431.
26. Laureys S., Tononi G. The Neurology of Consciousness: Cognitive Neuroscience and Neuropathology. Amsterdam; London: Academic Press, 2009. 423 p.

RECOVERY OF CONSCIOUSNESS THROUGH THE PRISM OF PSYCHOLOGY: PSYCHOLOGICAL WORK WITH CHILDREN AFTER SEVERE BRAIN INJURY

V.I. BYKOVA*,

Clinical and Research Institute of Urgent Pediatric Surgery and Trauma,
Moscow, Russia, v_i_bykova@mail.ru

A.N. HARKOVSKIY**,

Clinical and Research Institute of Urgent Pediatric Surgery and Trauma,
Moscow, Russia, ark-har@mail.ru

For citation:

Bykova V.I., Harkovskiy A.N., Fufaeva E.V., Lukyanov V.I., Sidneva Y.G. Recovery of Consciousness through the Prism of Psychology: Psychological Work with Children after Severe Brain Injury. *Konsultativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2018. Vol. 26, no. 2, pp. 104—124. doi: 10.17759/cpp.2018260207. (In Russ., abstr. in Engl.).

* *Bykova Valentina Igorevna*, Clinical Psychologist of The Highest Category of the Psycho-pedagogical assistance Department of Rehabilitation, Clinical and Research Institute of Urgent Pediatric Surgery and Trauma (CRIEPST), Moscow, Russia, e-mail: v_i_bykova@mail.ru

** *Harkovskiy Arkadii Nikolaevich*, Clinical Psychologist of The Highest Category of the Psycho-pedagogical assistance Department of Rehabilitation, Clinical and Research Institute of Urgent Pediatric Surgery and Trauma (CRIEPST), Moscow, Russia, e-mail: ark-har@mail.ru

E.V. FUF AEVA***,

Clinical and Research Institute of Urgent Pediatric Surgery and Trauma,
Moscow, Russia, k.fufaeva@gmail.com

V.I. LUKYANOV****,

Clinical and Research Institute of Urgent Pediatric Surgery and Trauma,
Moscow, Russia, lukianovvaleriy@gmail.com;

Y.G. SIDNEVA*****,

Clinical and Research Institute of Urgent Pediatric Surgery and Trauma,
Moscow, Russia, ygsidneva@gmail.com

The paper discusses psychological work with children after severe brain injury. We present the method of clinical anthropocentrism which lets the rehabilitation team sample the patient's capabilities and determine his/her areas of proximal development at each stage of recovery, and also find the nearest and set out long-term tasks of psychological rehabilitation. We present the results of the comparative analysis of the recovery of two children in the state of reduced consciousness who were rehabilitated with the use of different methods: clinical anthropocentrism and standard complex approach (psychological support of the family, therapeutic physical training, massage, physiotherapy, pharmacotherapy, etc.). Conclusions: the method of clinical anthropocentrism used in work with children after severe brain injury raises the quality and intensity of his/her communication signals and expands the potential for movement and behavior.

Keywords: children, depression of consciousness, profound altered states of consciousness, clinical anthropocentrism.

REFERENCES

1. Bratus' B.S. Anomalii lichnosti [Anomalies of personality]. Moscow: Mysl', 1988, 88 p.
2. Buber M. Problema cheloveka [The problem of man]. In *Dva obraza very* [Two types of faith]. Moscow: Respublika, 1995, pp. 157—231. (In Russ.).
3. Bykova V.I., Luk'yanov V.I., Fufaeva E.V. Dialog s patsientom pri ugnetenii soznaniya posle glubokikh povrezhdenii golovnogo mozga [Dialogue with the patient

*** *Fufaeva Ekaterina Valer'evna*, Clinical Psychologist of The Highest Category of the Psycho-pedagogical assistance Department of Rehabilitation, Clinical and Research Institute of Urgent Pediatric Surgery and Trauma (CRIEPST), Moscow, Russia, e-mail: k.fufaeva@gmail.com

**** *Lukyanov Valerii Ivanovich*, Senior Researcher of the Laboratory of New Medical Technologies, Clinical and Research Institute of Urgent Pediatric Surgery and Trauma (CRIEPST), Moscow, Russia, e-mail: lukianovvaleriy@gmail.com

***** *Sidneva Yuliya Gennad'evna*, Doctor, neuropsychiatrist, the candidate of medical Sciences, head of Department of Psycho-pedagogical assistance, Department of Rehabilitation, Clinical and Research Institute of Urgent Pediatric Surgery and Trauma (CRIEPST), Moscow, Russia, e-mail: ygsidneva@gmail.com

- in the suppression of consciousness after deep brain damage]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2015. Vol. 23 (3), pp. 9—31 doi:10.17759/cpp.2015230302. (In Russ., abstr. in Engl.)
4. Bykova V.I., Fufaeva E.V., L'vova E.A., Valiullina S.A. Osobennosti rannei psikhologicheskoi reabilitatsii pri narushenii soznaniya u detei posle TChMT [Features of early psychological rehabilitation in case of impaired consciousness in children after SCI]. *Vestnik nevrologii, psikhiiatrii i neirokhirurgii* [Bulletin of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery], 2013, no. 5, pp. 104—110.
 5. Vygotsky L.S. *Sobranie sochinenii: V 6 t. T. 3. Problemy razvitiya psikhiki* [Collected Works: in 6 vol. Vol. 3. Problems of development of the mind]. Moscow: Pedagogika, 1983, 368 p.
 6. Goldberg E. *Paradoks mudrosti. Nauchnoe oproverzhenie "starcheskogo slaboumiya"* [The paradox of wisdom: How your mind can grow stronger as your brain grows older]. Moscow: Pokolenie, 2007. 384 p. (In Russ.).
 7. Gordeeva O.V. *Izmenennye sostoyaniya soznaniya i kul'tura. Khrestomatiya* [Altered states of consciousness and culture. Handbook]. Saint Petersburg: Kogito-Tsetr, 2012. 430 p.
 8. Goryanina V.A. *Psikhologiya obshcheniya* [Psychology of communication]. Moscow: Akademiya, 2002. 416 p.
 9. Janet P. *Psikhologicheskaya evolyutsiya lichnosti* [Psychological evolution of personality]. Moscow: Akademicheskii proekt, 2010. 398 p. (In Russ.).
 10. Zaitsev O.S. *Psikhopatologiya tyazheloi cherepno-mozgovoï travmy* [Psychopathology of severe craniocerebral trauma]. Moscow: MEDpress-inform, 2011. 336 p.
 11. Zakrepina A.V. *Pedagogicheskie tekhnologii v kompleksnoi reabilitatsii detei s tyazheloi cherepno-mozgovoï travmoy* [Pedagogical technologies in complex rehabilitation of children with severe craniocerebral trauma]. Moscow: PARADIGMA, 2012. 302 p.
 12. Zinchenko V.P. (ed.). *Kak postroit' svoe "ya"* [How to build your Self]. Moscow: Pedagogika, 1991. 136 p.
 13. Leont'ev A.N. *Deyatel'nost'. Soznaniye. Lichnost'* [Activity. Consciousness. Personality]. Moscow: Politizdat, 1975. 304 p.
 14. Maksakova O.A. *Reabilitatsionnaya komanda — put' k integratsii* [Rehabilitation team as the path to integration] // In Pankova D.D. (ed.) *Osnovy chastnoi meditsinskoi reabilitologii i vosstanovitel'noi nevrologii* [Fundamentals of private medical rehabilitation and restorative neurology]. Moscow: Kolos, 1997, pp. 107—115.
 15. Maksakova O.A. *Komandnaya rabota kak put' k vozvrashcheniyu soznaniya* [Teamwork as a way to regain consciousness] // *Voprosy neirokhirurgii* [Neurosurgery issues], 2014, no. 1, pp. 57—68.
 16. Maslow A. *Motivatsiya i lichnost'* [Motivation and Personality]. Saint Petersburg.: Evraziya, 1999. 479 p. (In Russ.)
 17. Metzinger T. *Nauka o mozge i mif o svoem Ya. Tonnel' ego* [The Ego Tunnel: The Science of the Mind and the Myth of the Self]. Moscow: AST Publ., 2017. 413 p. (In Russ.).
 18. Mindell A. *Koma: klyuch k probuzhdeniyu. Samostoyatel'naya rabota nad soboi: Vnutrennyaya rabota so snovidyashchim telom* [Coma: the key to awakening. Vntrennyaya rabota so snovidyashchim telom]. Moscow: AST Publ., 2017. 413 p. (In Russ.).

- Working on yourself alone: Inner Dreambody Work]. Moscow: AST Publ., 2005. 284 p. (In Russ.).
19. Kulikov L.V. (ed.). *Psihologiya soznaniya [Psychology of consciousness]*. Saint Petersburg: Piter, 2001. 480 p.
 20. Semenova Zh.B. Etapy okazaniya pomoshchi detyam s cherepno-mozgovoï travmoi. Zadachi neirokhirurga [Stages of rendering assistance to children with craniocerebral trauma. Neurosurgeon's tasks]. *Nevrologiya i neirokhirurgiya detskogo vozrasta [Neurology and Neurosurgery of Childhood]*, 2012, no. 2–3, pp. 105–112.
 21. Sistemnyi podkhod v rannei reabilitatsii detei s tyazheloi cherepno-mozgovoï travmoi. Chast' 1. (metodicheskie rekomendatsii no. 48) [A systematic approach in the early rehabilitation of children with severe craniocerebral trauma. Part 1. (methodical recommendations no. 48)]. Moscow: Pravitel'stvo Moskvyy Departament zdavookhraneniya goroda Moskvyy [Moscow City Government Department of Health of Moscow], 2014.
 22. Tart C. *Izmenennyye sostoyaniya soznaniya [Altered states of consciousness]*. Moscow: Eksmo, 2003. 285 p. (In Russ.).
 23. Fufaeva E.V., Luk'yanov V.I., Bykova V.I., Semenova Zh.B., Valiullina S.A. Rannee neiropsikhologicheskoe soprovozhdenie detei s tyazheloi cherepno-mozgovoï travmoi [Early neuropsychological support for children with severe craniocerebral trauma]. *Neirokhirurgiya i nevrologiya detskogo vozrasta [Neurology and Neurosurgery of Childhood]*. Saint Petersburg: 2012, no. 4 (34), pp. 61–75.
 24. Jung K.G. *Ocherki po psikhologii bessoznatel'nogo [Essays on the psychology of the unconscious]*. Moscow: Kogito-Tsentr, 2010. 352 p. (In Russ.).
 25. Bykova V.I., Lukianov V.I., Fufaeva E.V. Communicative activity of children in the state of suppressed consciousness after severe traumatic brain injury. *Acta neuropsychological*, 2014. Vol. 12 (4), pp. 417–431.
 26. Laureys S., Tononi G. *The Neurology of Consciousness: Cognitive Neuroscience and Neuropathology*. Amsterdam; London: Academic Press, 2009. 423 p.

НАРРАТИВ КАК ПСИХОТЕХНИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО В РАБОТЕ С ЛИЧНОСТНОЙ СУВЕРЕННОСТЬЮ ПОДРОСТКА

М.М. ЕЛФИМОВА*,
ФГБОУ ВО «ОГПУ», Оренбург, Россия,
elfimovamarya@yandex.ru

Рассмотрены вопросы формирования личностной суверенности подростка в нарративном тренинге. Нарратив понимается как текст, знаковая система, первоначально разделенная между людьми и в последствии интериоризируемая. Обосновывается возможность использования нарратива как психотехнического средства в работе с личностной суверенностью подростка. Ее формирование связывается с освоением рефлексивного действия, направленного на смысловое упорядочивание подростком опыта (событий) своего успешного автономного поведения. Основным содержанием нарративного тренинга выступает конструирование нарратива (нарративной метафоры). Рассмотрены два аспекта нарративной метафоры: «ландшафт действия» и «ландшафт смысла», помогающие подростку означить и придать смысл уникальным эпизодам собственной жизни, структурировать разрозненный опыт своего успешного независимого поведения.

Ключевые слова: психологическая суверенность личности, психотехническое средство, нарратив, подростковый возраст.

Для цитаты:

Елфимова М.М. Нарратив как психотехническое средство в работе с личностной суверенностью подростка // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 2. С. 125—134. doi: 10.17759/cpp.2018260208

* Елфимова Мария Михайловна, кандидат психологических наук, доцент кафедры возрастной и педагогической психологии, Оренбургский государственный педагогический университет (ФГБОУ ВО «ОГПУ»), Оренбург, Россия, e-mail: elfimovamarya@yandex.ru

Психологическая суверенность является формой субъектности человека и понимается как способность осуществлять контроль, защиту и развитие своего психологического пространства. Эта способность основана «на обобщенном опыте успешного автономного поведения» [6, с. 9], осуществленного с позиции субъекта и характеризующегося ответственностью и самостоятельностью. Развитие личностной суверенности происходит нелинейно, и подростковый возраст один из тех возрастов, когда процессы суверенизации происходят наиболее интенсивно, подчиняясь задачам взросления.

В подростковом возрасте задачей развития становится разрешение противоречия между потребностью самоутверждения, самовыражения и возможностями, которые предоставляются социальной средой для их удовлетворения. В этой среде подросток ищет пространство для совершения собственного действия, «... в реальном мире подросток переживает неопределенность, не видит цели, а это значит, что он не может действовать, ощутить себя самого» [7, с. 294]. Потребность в самоутверждении, в самовыражении предстает как необходимость обеспечения внутреннего чувства самого себя в пространстве собственного авторского действия.

Современная массовая культура предлагает подростку множество альтернативных знаково-символических пространств, дающих возможность почувствовать событийную насыщенность (художественные тексты, продукты кинематографа и мультипликации, социальные сети, компьютерные игры). Вместе с тем, возникает вопрос о том, какие средства для построения собственного авторского действия могут быть предложены в специально организованном пространстве психологической практики (консультирования, тренинга).

При проектировании такого взаимодействия, опосредованного инструментом, позволяющим «... максимально выразительно оформить проблему, как пространство возможных действий» [16, с. 82], нужно учитывать следующие условия.

Первое — и на это обращает внимание А.Л. Венгер — привлекаемые психотехнические соседства не должны быть искусственными, в том смысле, что они не являются специально разработанными для целей психологической практики, а представляют собой общекультурные средства. При этом важно учитывать особенности культуры, к которой принадлежит клиент при выборе психологических средств и построении системы взаимоотношений.

Второе — психотехника должна содержать в себе механизмы развития суверенности. Усиление суверенности как системного качества личности подростка происходит всякий раз, когда факт разрешения актуальных ситуаций, связанных с мотивационно-потребностной сферой, осуществляется в пользу субъекта. Общими механизмами развития

суверенности психологического пространства являются приватизация и персонализация. «Сначала потребность открывается и обозначается (приватизация), затем ограничивается и удовлетворяется (персонализация). Понятно, что достижение суверенности не может быть полным без прохождения через оба этапа» [6, с. 178]. На первом этапе (этапе приватизации) подростком заявляются свои права на определенную «территорию» психологического пространства. На втором этапе (этапе персонализации) это пространство «обживается», т. е. ограничивается и удовлетворяется.

Этот момент может быть охарактеризован как *событие*, которое всегда связано с перерывом естественного течения жизни и переходом в иную реальность. «Переход *наличное—иное*, где наличное это пространство привычного функционирования, а иное — пространство, требующее *другого* функционирования; между этими пространствами находится выраженная граница — *метка перехода* от одного к другому типу поведения» [16, с. 139].

Событие является единицей построения нарратива — отрефлексированного, сохранившегося в памяти и наделенного «насыщенным описанием» действия или случая, «... которые совершались, происходили или созерцались как происходящие на определенном отрезке пространства и времени жизни субъекта» [11, с. 69]. Нарратив выступает знаково-символической конструкцией и психотехническим инструментом.

Как пишет А.Л. Венгер, рассмотрение психотерапевтических техник с позиций культурно-исторической психологии должно «... отвечать на следующие вопросы:

— Каковы основные психологические средства, предлагаемые клиенту?

— Каковы формируемые у него способы использования этих средств?

— Как строится социальное взаимодействие между клиентом и психологом, насколько эффективно достигается интериоризация средств, их «присвоение» клиентом?

— В какой мере обеспечивается произвольность и самостоятельность клиента в управлении своим психическим состоянием и своей деятельностью?» [1, с. 34].

Ответы на эти вопросы позволяют схематично описать реализацию психотехники в ходе тренингового или консультативного взаимодействия.

Первое — психолог предлагает клиенту конкретные психологические средства, овладение способами действий, которые позволят клиенту разрешить имеющуюся проблему.

Второе — в процессе психологической работы психолог раскрывает клиенту способ применения предложенного средства, психологический

механизм его действия. Это необходимо для обеспечения произвольности последующего самостоятельного применения клиентом предложенного психотехнического средства.

Третье — целенаправленно организуется процесс взаимодействия терапевта и клиента, в ходе которого клиент осваивает предлагаемый ему способ действия с психологическим средством. Таким образом, происходит интериоризация терапевтических отношений и способа действия со средством [1].

Следуя указанной логике, уточним возможности работы с таким психотехническим средством как, нарратив или *нарративная метафора*.

Мы предполагаем, что опосредствующая функция нарратива обеспечивает реализацию рефлексивного акта, вынесенного в межличностное диалогическое пространство взаимодействия и тем самым перестраивающего смысловую сферу субъектов тренингового или консультативного взаимодействия.

Опосредствование представляет собой «... систематическое присвоение особых психологических средств, в ходе которого происходит развитие субъекта» [14, с. 25]. Через применение интериоризированного психологического средства, человек обретает способность организовывать свое поведение и свои психические процессы в соответствии с собственными намерениями, способность управлять ими произвольно [1].

Основопологающей идеей концепции Л.С. Выготского является знаковая природа организации психики человека. Нарратив же есть текст, знаковая система, первоначально разделенная между людьми и в последствии интериоризируемая. В результате интериоризации нарратива события жизни организуются во времени и осмысливаются, появляется активный рефлексивный субъект, самостоятельно формирующий и изменяющий собственную жизнь, чувствующий самого себя в пространстве своего авторского действия [8; 9; 10]. Создавая свою историю, человек называет, означает, и обнаруживает смысл конкретных эпизодов своей жизни.

Способ, освоение которого предполагается через нарратив, состоит в смене позиции «в виде системы внутренних действий, составляющих рефлексивный акт» [15, с. 112]. Способ действия — есть управление координацией процессов, что предполагает отстранение от ситуации действия и взгляд на нее со стороны, т. е. позиционное отношение к действительности. «Отстраненность и позиция — указание на новый, более высокий, уровень опосредствования» [16, с. 115].

Смена позиций и появление позиционного отношения становятся возможными благодаря сущностной характеристике нарратива — в каждой истории наличествует двойной ландшафт (ландшафт действия и ландшафт смысла или сознания) [17]. В ландшафте действия разво-

рачиваются события, это «материал» истории. В ландшафте сознания репрезентируется сознание главных героев истории, он состоит из отраженных событий ландшафта действия, «... из того, каким образом люди приписывают смысл этим событиям, из их выводов о намерениях и целях, придающих облик этим событиям, о том, каков характер других персонажей истории, об их представлении о себе и отношении к себе в свете данных событий» [13, с. 93]. Ландшафт действия — это позиция героя, у любой истории есть герой (и то, каким он предстает перед нами, по большей части зависит от воли автора).

Герой в нарративном тренинге — это проба автора определенным образом представить себя окружающим и самому себе, то, как подросток пытается предъявить образ самого себя. Ландшафт смысла — это позиция автора, тот момент нарративного тренинга, когда он (клиент) присутствует «здесь-и-теперь», позиция, которая подразумевает деятельностное отношение к тексту. Именно автор принимает решение и придает смысл тем или иным событиям собственной жизни [9]. Через нарратив обретается возможность «... посмотреть на себя как на условно независимого от себя персонажа» [12, с. 25], и сделать с этим что-то. «Благодаря такому расщеплению, субъект оказывается в состоянии занять позицию по отношению к самому себе и из нее осуществить действия по отношению к самому себе» [5, с. 115].

Работа с нарративом предполагает сочинение истории, создание авторской позиции посредством вопросов, направленных на развитие «хорошей» истории — истории успешного автономного поведения, вопросов, помогающих провести содержательное обобщение событий взросления, составляющих личностный опыт подростка. Организация работы в тренинге осуществляется как совместное исследование. Последовательность вопросов психолога в нарративном тренинге и последовательность внутренних действий, составляющих рефлексивный акт, находятся в отношениях взаимного соответствия. В нашей работе мы соотносим данные этапы с этапами построения бесед, способствующих простраиванию опор исследования и создания подростком собственной истории (табл. 1).

Применение вспомогательных средств (нарратива) «... будучи включено в процесс поведения... видоизменяет все протекание и всю структуру психических функций, определяя своими свойствами строение нового инструментального акта» [3, с. 225]. Обращаясь к работам Д.А. Леонтьева [5], Е.Е. Сапоговой [13], М.В. Клементьевой [4], отметим, что освоение обобщенного способа действия по осмыслению собственного опыта предполагает обретение:

— осмысленности жизни (данный критерий отражает способность подростка организовывать собственный личный опыт и *общий уровень осмысленности жизни*);

Таблица 1

Соотнесение схемы рефлексивного акта и бесед, направленных на пространное опор (Н.Г. Алексеев, В.К. Зарецкий, М. Уайт) [15; 13]

№	Последовательность шагов в рефлексивном акте (по Н.Г. Алексееву, В.К. Зарецкому [15])	Решаемые задачи (по М. Уайту [13])
1	Остановка	<i>Задачи низкого уровня дистанцирования.</i> Это вопросы, которые дают возможность подростку придать смысл тем событиям, которые остались не обозначенными или неназванными, а затем подробно описать их
2	Фиксация	<i>Задачи среднего уровня дистанцирования.</i> Данные вопросы необходимы подростку для установления связи между конкретными событиями, для создания ассоциативных цепочек
3	Объективация	<i>Задачи средне-высокого уровня дистанцирования.</i> Вопросы побуждают подростка провести оценку возникающих взаимосвязей, делать выводы на основе вновь созданных ассоциативных цепочек событий, составляющих собственный жизненный опыт
4	Отчуждение	<i>Задачи высокого уровня дистанцирования.</i> Побуждают подростка формировать и формулировать понятия, относящиеся к его собственной жизни и суверенности на основании выводов из конкретных, специфических обстоятельств
5	Установление отношений. Изменение схемы мышления	<i>Задачи очень высокого уровня дистанцирования.</i> Обеспечивают подростку возможность создавать проекты дальнейшего жизненного продвижения со вновь сформулированными понятиями, касающимися жизни и суверенности, учат предсказывать исходы предполагаемых действий, а также планировать и составлять алгоритм их осуществления

— рефлексивности как устойчивой личностной черты (данный критерий отражает саморазвивающуюся личность, обладающую *способностью к системной рефлексии*);

— способности самостоятельно структурировать разрозненный опыт, создать временную структуру, позволяющую овладеть своим прошлым (*биографическая рефлексия*);

— пересмотр экзистенциального концепта жизни (данный критерий отражает чувствительность к временному *модусу человеческого существования*) [3].

Представляя собой культурную форму, нарратив используется как психологическое орудие, чтобы структурировать разрозненный опыт, придать ему временную структуру, что в итоговом моменте позволяет подростку овладеть своим опытом успешного автономного поведения.

Выводы. Таким образом, психологическим средством организации и упорядочивания собственного личного опыта может выступать нарратив. Включение нарратива как психотехнического средства в работу с личностной суверенностью подростка становится возможным поскольку:

1) создание нарратива реализуется в сотрудничестве с психологом, происходит в процессе совместной деятельности при ведущей роли собственной активности подростка;

2) способ действия, которой осваивается через построение нарратива, представляет собой поступательную смену двух позиций — авторской позиции (ландшафт смысла) и позиции героя (ландшафт действия);

3) «вступая» на эти ландшафты, подросток решает разные задачи — задачу познания реальности, когда происходит ее означивание (ландшафт действия) и «задачу на смысл», когда ему открывается собственный экзистенциальный опыт (ландшафт смысла);

4) обнаружение подростком уникального эпизода собственного автономного, независимого поведения, его исследование и обнаружение тех, смыслов, которые за ним стоят, дает возможность укрепиться личности подростка в своей автономии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Венгер А.Л. Культуральный подход в психотерапии // Культурно-историческая психология. 2006. № 1. С. 32—38.
2. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. М.: Изд-во АПН РСФСР, 1960. 450 с.
3. Елфимова М.М. Развитие произвольного смыслообразования в нарративном тренинге [Электронный ресурс] // Психолог. 2017. № 6. С. 71—78. doi:10.25136/2409-8701.2017.6.25010. URL: http://e-notabene.ru/psp/article_25010.html (дата обращения: 29.12.2017).
4. Клементьева М.В. Биографическая рефлексия как ресурс саморазвития взрослых людей // Культурно-историческая психология. 2016. Т. 12. № 1. С. 14—23. doi:10.17759/chp.2016120102
5. Леонтьев Д.А., Осин Е.Н. Рефлексия «хорошая» и «дурная»: от объяснительной модели к дифференциальной диагностике // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2014. Т. 11. № 4. С. 110—135.
6. Нартова-Бочавер С.К. Психологическая суверенность личности: генезис и проявления: автореф. дисс. ... докт. психол. наук. М., 2005. 39 с.
7. Поливанова К.Н., Сазонова Е.В., Шакарова М.А. Что могут рассказать о современных детях их чтение и игры // Вопросы образования. 2013. № 4. С. 283—299.

8. Преображенская А.О. Динамика субъектной позиции личности в процессе психологического консультирования: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2007. 24 с.
9. Преображенская А.О. «Автор» и «герой» в автобиографическом нарративе // Московский психотерапевтический журнал. 2006. № 1. С. 118—130.
10. Сапогова Е.Е. Автобиографирование как процесс самодетерминации личности // Культурно-историческая психология. 2011. № 2. С. 37—51.
11. Сапогова Е.Е. Автобиографический нарратив в контексте культурно-исторической психологии // Культурно-историческая психология. 2005. № 2. С. 63—74.
12. Турушева Ю.Б. Нарратив как культурный медиатор развития личности: взгляд сквозь призму культурно-исторической психологии // Культурно-историческая психология. 2016. Т. 12. № 2. С. 24—32. doi:10.17759/chp.2016120203
13. Уайт М. Карты нарративной практики: введение в нарративную терапию: пер. с англ. М.: Генезис, 2010. 326 с.
14. Хозиев В.Б. Опосредствование в теории и практике культурно-исторической концепции // Культурно-историческая психология. 2005. № 1. С. 25—35.
15. Холмогорова А.Б., Зарецкий В.К. Может ли культурно-историческая концепция Л.С. Выготского помочь нам лучше понять, что мы делаем как психотерапевты? // Культурно-историческая психология. 2011. № 1. С. 108—116.
16. Эльконин Б.Д. Опосредствование. Действие. Развитие. Ижевск: ERGO, 2010. 280 с.
17. Bruner J. Life as narrative // Social Research. 1987. Vol. 54 (2). P. 11—32.

NARRATIVE AS A PSYCHOTECHNICAL TOOL IN WORKING WITH PERSONALITY SOVEREIGNTY OF THE ADOLESCENT

М.М. ELFIMOVA*,

Orenburg State Pedagogical University, Orenburg, Russia,
elfimovamariya@yandex.ru

We consider the issues of the adolescent's personal sovereignty formation in a narrative training. The narrative is defined as a text, a meaning system, first divided between people and then interiorized. We substantiate the possibility of using the narrative as a psychotechnical tool in working with the personality sovereignty of

For citation:

Elfimova M.M. Narrative as a Psychotechnical Tool in Working with Personality Sovereignty of the Adolescent. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2018. Vol. 26, no. 2, pp. 125—134. doi: 10.17759/cpp.2018260208. (In Russ., abstr. in Engl.).

* *Elfimova Mariya Mikhaylovna*, Ph.D. in Psychology, Assistant Professor, Department of age and pedagogical psychology, Orenburg State Pedagogical University, Orenburg, Russia, e-mail: elfimovamariya@yandex.ru

the adolescent. Its formation is connected to the adolescent's mastering of reflexive action aimed at the meaningful organization of his/her experience of successful autonomous behavior. The essence of the narrative training is constructing the narrative (narrative metaphor). We consider two aspects of the narrative metaphor: the domain of action landscape and the domain of meaning, that help the adolescent to signify and make sense of the unique episodes of his/her life and to structure the fragmented experiences of his/her successful independent behavior.

Keywords: psychological sovereignty of the personality, psychotechnical tool, narrative, adolescence.

REFERENCES

1. Venger A.L. Kul'tural'nyi podkhod v psikhoterapii [Cultural approach in psychotherapy]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya [Cultural-Historical Psychology]*, 2006, no. 1, pp. 32–39. (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Vygotsky L.S. Razvitie vysshih psikhicheskikh funktsii [Development of the highest mental functions]. Moscow: APN RSFSR Publ., 1960. 450 p.
3. Elfimova M.M. Razvitie proizvol'nogo smysloobrazovaniya v narrativnom treninge [The development of arbitrary meaning formation in narrative training]. [Elektronnyi resurs] *Psikholog, [Psychologist]*, 2017, no. 6, pp. 71–78. Available at: http://e-notabene.ru/psp/article_25010.html (Accessed 29.12.2017).
4. Klement'eva M.V. Biograficheskaya refleksiya kak resurs samorazvitiya vzroslykh lyudei [Biographic reflection as resource of self-development of adults]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya [Cultural-Historical Psychology]*, 2016, no. 1, pp. 14–23. doi:10.17759/chp.2016120102. (In Russ., abstr. in Engl.).
5. Leont'ev D.A. Osin E.N. Refleksiya “khoroshaya” i “durnaya”: ot ob'yasnitel'noi modeli k differentsial'noi diagnostike [“Good” and “Bad” Reflection: From an Explanatory Model to Differential Assessment]. *Psikhologiya. Zhurnal Vyssheishkoly ekonomiki [Psychology. Journal of the Higher School of Economics]*, 2014, no. 4, pp. 110–135.
6. Nartova-Bochaver S.K. Psikhologicheskaya suverenost' lichnosti: genesis i proyavleniya. Avtoref. diss. ... dokt. psikhol. nauk. [Psychological sovereignty of the personality: genesis and manifestations. Dr. Sci. (Psychology) Thesis]. Moscow, 2005. 39 p.
7. Polivanova K.N., Sazonova E.V., Shakarova M.A. Chto mogut rasskazat' o sovremennykh detyakh ikh chtenie i igry? [What can reading and playing tell about modern children?]. *Voprosy obrazovaniya [Issues of education]*, 2013, no. 4, pp. 283–299.
8. Preobrazhenskaya A.O. Dinamika sub"ektnoi pozitsii lichnosti v protsesse psikhologicheskogo konsul'tirovaniya: avtoref. diss. na soisk. uch. step. k. ps. nauk. [Dynamics of a subject position of the personality in the course of psychological consultation. Ph. D. (Philology) Thesis], Moscow, 2007, 24 p.
9. Preobrazhenskaya A.O. “Avtor” i “geroi” v avtobiograficheskom narrative [The “author” and “hero” in the autobiographical narrative]. *Moskovskiy psihoterapevicheskij zhurnal [Moscow psychotherapeutic journal]*, 2006, no. 1, pp. 118–130.

10. Sapogova E.E. Avtobiografirovanie kak protsess camodeterminatsii lichnosti [Autobiography as a process of self-determination of a person]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya* [Cultural-Historical Psychology], 2011, no. 2, pp. 37—51.
11. Sapogova E.E. Avtobiograficheskii narrativ v kontekste kul'turno istoricheskoi psikhologii [Autobiographical narrative in the context of cultural-historical psychology]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya* [Cultural-Historical Psychology], 2005, no. 1, pp. 63—74.
12. Turusheva Yu.B. Narrativ kak kul'turnyi mediator razvitiya lichnosti: vzglyad skvoz' prizmu kul'turno-istoricheskoi psikhologii [Elektronnyi resurs] [Narrative as cultural mediator in personality development: looking through the lens of cultural-historical psychology]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya* [Cultural-Historical Psychology], 2016. Vol. 12 (2), pp. 24—32. doi:10.17759/chp.2016120203. (In Russ., abstr. in Engl.).
13. White M. Karty narrativnoi praktiki: vvedenie v narrativnuyu terapiyu [Maps of narrative practice]. Moscow: Genezis, 2010. 326 p. (In Russ.).
14. Khoziev V.B. Oposredstvovanie v teorii i praktike kul'turno-istoricheskoi kontseptsii [The mediation in the theory and practice of the cultural-historical concept]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya* [Cultural-Historical Psychology], 2005, no. 1, pp. 25—36.
15. Kholmogorova A.B., Zaretskii V.K. Mozhet li kul'turno-istoricheskaya kontsepsiya L.S. Vygotskogo pomoch' nam luchshe ponyat', chto my delaem kak psikhoterapevty? [Can the cultural-historical concept of L.S. Vygotsky help us better understand what we are doing as psychotherapists?]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya* [Cultural-Historical Psychology], 2011, no. 1, pp. 108—118.
16. El'konin B.D. Oposredstvovanie. Deistvie. Razvitie [Mediation. Action. Development]. Izhevsk: ERGO, 2010. 280 p.
17. Bruner J. Life as narrative. *Social Research*, 1987. Vol. 54 (2), pp. 11—32.

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
PSYCHOANALYTICAL STUDIES

БЕРЕМЕННОСТЬ КАК СТАДИЯ ЛИЧНОСТНОГО РАЗВИТИЯ ЖЕНЩИНЫ

Е.С. МОРДАС*,
НОЧУ ВО МИП, Москва, Россия,
morkaty@yandex.ru

Р.Р. ХАРИСОВА**,
НОЧУ ВО МИП, Москва, Россия,
checkquality@mail.ru

Беременность определяется как специфическая кризисная стадия развития личности женщины. В связи с этим рассмотрены особенности структурных элементов личности, специфика половой идентичности, объектных отношений, концепции Я. Отмечается целостность процесса личностного становления женщины во время беременности, связанная с процессами регресса, трансформации, интеграции и переструктурирования внутриличностных об-

Для цитаты:

Мордас Е.С., Харисова Р.Р. Беременность как стадия личностного развития женщины // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 2. С. 135—150. doi: 10.17759/cpp.2018260209

* *Мордас Екатерина Сергеевна*, кандидат психологических наук, доцент, НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа», Москва, Россия, e-mail: morkaty@yandex.ru

** *Харисова Руфина Рейфатовна*, научный сотрудник лаборатории экспериментальной и практической психологии, НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа», Москва, Россия, e-mail: checkquality@mail.ru

разований. Во время беременности происходит сгущение либидинальных и агрессивных тенденции Ид, обогащается структура Эго за счет расширения и принятия ребенка как Эго-идеала, снижается давление Супер-Эго. Происходит переструктурирование гендерной идентичности за счет слияния гендерного идеала и гендерного стереотипа.

Ключевые слова: беременность, психосексуальное развитие, кризис, объектные отношения, идентификация, интрапсихическая структура, половая идентичность, чувство Я.

В психологической литературе существуют исследования, связанные с пониманием развития личности и ее периодизацией [3; 29; 35]. В психоаналитической литературе внимание уделяется пониманию вклада фрустрации и неопределенности в процесс развития [49], конфликта между желаниями и невозможностью удовлетворения потребностей [29]. Теория объектных отношений описывает стадийность развития, роль объектов, их интериоризации, дифференциации и интеграции. Филлис и Роберт Тайсон рассматривают динамику стадий развития с точки зрения теории систем [24].

В современных исследованиях в области развития личности акцент делается на разграничении гендерно-специфического онтогенеза личности; на понимании строения различных структур личности в зависимости от половой принадлежности [6; 8; 27; 33].

Значимым периодом исследования личности во взрослом возрасте является период материнства и отцовства [4; 7; 18]. Подчеркивается важность переживаний женщиной беременности как одного из ключевых компонентов психологической готовности к материнству и влияния психоэмоционального состояния беременной на психическое и соматическое развитие ребенка [9; 20; 21; 27].

Беременность определяют как кризисный этап в развитии личности [2; 15; 23; 39]. Нормативное разрешение психологического кризиса позволяет женщине интегрировать агрессивные и либидинальные тенденции, подтвердить собственную половую идентичность, включая ее ядерные компоненты, приобрести ценностно-смысловые категории собственной жизни, включая понимания себя как матери. Уровень либидинозного развития женщины, ключевые конфликты и фиксации, опыт объектных отношений проявляются в способности женщины пережить психологический кризис беременности.

В данной статье беременность представлена как специфичная стадия личностного развития женщины — продвижение к определенной ступени социального статуса как внутрисемейного, так и внесемейного; эта стадия связана с внутрличностными преобразованиями и затрагивает психофи-

зиологические процессы и соматическое функционирование женщины. В качестве психологического новообразования данного этапа можно рассматривать формирование внутренней картины беременности [1].

Рассмотрим развитие интрапсихических образований и линий развития в период беременности, а именно, структурные элементы личности (Ид, Эго, Супер-Эго), линию развития поло-ролевой идентичности и линию развития объектных отношений, линию развития концепции «Я».

Специфика структурных элементов личности во время беременности (Ид, Эго, Супер-Эго)

Желание ребенка можно рассматривать как сочетание агрессивных и либидинозных компонентов Ид, Эго и Супер-Эго. Во время беременности все три структурных элемента находятся в определенном иерархически связанном единстве.

Концепция аффекта О. Кернберга позволяет рассматривать беременность как этап, представляющий в силу психофизиологических изменений в теле активацию нового аффективного состояния, презентующего необходимость интеграции агрессивных и либидинальных импульсов Ид [6].

Развитие Эго, являясь ядром, вокруг которого выстраиваются иные личностные образования [46], тесно связано с развитием «чувства собственного Я» и когнитивных структур. Развитие Эго включает аффективную интеграцию, моральные установки, копинг-механизмы и стабильность Я-системы [43]. Патриция Спейер (*P.L. Speier*) показала, что такие характеристики Эго, как реализм, непрерывность и структурированность связаны с возможностью планирования беременности [50], а также со степенью готовности к материнству. Эти характеристики Эго могут непосредственно отвечать за стабильное, нормативное чувство собственного Я во время беременности.

Ребенок может рассматриваться как продукт сублимации и, следовательно, как часть Эго [14; 40]. Специфической характеристикой развития личности женщины является принятие значимости ребенка (как объекта) для обретения целостности структурных элементов личности. Процесс сублимации может быть нарушен двумя факторами: во-первых, процесс сублимации может быть связан с отождествлением ребенка с Супер-Эго; во-вторых, ребенок может восприниматься как относительно независимый объект внешнего мира [40].

Беременность можно рассмотреть как символическое принятие ребенка вместо пениса, т. е. недостаточность Супер-Эго у девочек при беременности компенсируется кастрационным страхом, связанным с ребенком [14; 29]. Согласно Эрнесту Джонсу (*E. Jones*), развитие Супер-

Эго у женщин связано со страхами отделения и отвержения со стороны отца, что может приводить к гипертрофии мужских идеалов в ущерб женским [44]. Ф. Тайсон и Р.Л. Тайсон при рассмотрении развития Супер-Эго у женщин приходят к выводу о важности обсуждения содержания идеалов и интроспекций [24].

Взаимосвязь различных структурных интрапсихических элементов у беременных можно представить следующим образом. Во время беременности активизируются различные сознательные и бессознательные компоненты психической деятельности (ранние объектных отношения, связанные со строением Ид, Эго, Супер-Эго); а также сгущаются либидинальные и агрессивные тенденции Ид в силу психофизиологических изменений, обогащается структура Эго за счет временного расширения и принятия ребенка как Эго-идеала. Беременность может нести потенциал решения эдипального конфликта, связанного с возможностью одновременной идентификацией с «ребенком», «родителем» и «партнером» как носителем и источником как бы продолженного в ребенке удовольствия и наслаждения. Таким образом, беременная женщина может «вбирать в себя» все компоненты мужского и женского начал, поскольку именно они являются источником развития и формирования плода.

Линия развития полоролевой идентичности во время беременности

Беременность рассматривается многими исследователями как степень формирования зрелой женской идентичности [14; 18; 24]. Девять месяцев беременности актуализируют фантазии раннего детства и пубертата. Эти фантазии во время беременности интегрируются с текущими представлениями и позицией взрослого. Возникают новые телесные и эмоциональные ощущения, которые сопровождаются прогрессивными изменениями в организме [45]. Беременность затрагивает ядро половой идентичности, связанное с возможностью восприятия образа собственного тела и женских половых органов внутри этого тела [45].

Идентификация беременности, психосоматические феномены, шевеление плода — все включает определенный спектр проприорецептивных сигналов и дает основания не только для взаимодействия женщины со своим ребенком, но и для построения специфических отношений с собственным телом, его перцепцию и открытие ранее недоступных ощущений.

В аспекте психологической динамики открытия женственности в период беременности важнейшими задачами являются, по аналогии с теорией Х. Дойч, открытие нового органа и отказ от маскулинности [40], что означает развитие ядерной половой идентичности и полоролевой идентичности.

Будучи беременной, женщина регрессирует и фактически воспроизводит опыт своего пренатального периода и опыт переживаний отношения ее матери к ней. Возрождаются ранние инфантильные отношения с матерью, таким образом, давая возможность «обновления» ранних чувств, эмоций и отношений, связанных с реконструкцией собственного женского образа через идентификацию с собственной матерью.

Беременность затрагивает одновременно все важные аспекты идентичности [6], ее преобразования и присвоения феминности: 1) ядерная половая идентичность — непосредственно связанная с пониманием функционирования детородных органов у женщины, «открытием» матки и телесными ощущениями в ней; 2) полоролевая идентичность как специфическое психологическое образование, трансформирование гендерной роли женщины в аспекте отказа от маскулинности и признания характера специфичности социальных интеракций и межличностного поведения в роли беременной женщины.

Беременность связана с переструктурированием всей гендерной идентичности. У беременных женщин при нормативном развитии беременности происходит слияние гендерного идеала и гендерного стереотипа, в процессе которого достигается относительная способность к саморегуляции внутреннего гендера. В то время как при патологическом развитии беременности может отмечаться диссоциация между гендерным идеалом и гендерным стереотипом, задающая вектор рассогласованности внутреннего гендера, потери или отсутствия его стабилизирующей, контейнирующей функции.

Линия развития объектных отношений во время беременности

Интегрируем две линии развития объектных отношений — взаимодействия с ближайшим окружением и внутриспихические образования, связанные со взаимодействием женщины с будущим ребенком [24; 31].

Понимание объектных отношений во время беременности невозможно без обращения к стадиям прохождения самой женщиной эмоционального опыта общения со своей матерью и ближайшим окружением [8; 19]. Беременность является не только актом, символизирующим психологическое слияние с объектом любви, но и является триггером сепарационных процессов, их продолжением [40].

На стадии орального регресса (первый триместр) отмечается активизация амбивалентного конфликта [39; 40; 45]. Данная стадия в бессознательном аспекте отношений представлена как монадическая. Женщина сконцентрирована на телесных ощущениях, принимаемом или неприняемом комфорте. Принятие беременности актуализирует чувство

собственного достоинства, что позволяет ощутить близость с другими женщинами [45], т. е. появляется возможность диадных отношений и зарождение триадных, вызванных чувством солидарности с другими женщинами и собственной матерью. Второй триместр сопровождается анально-садистическими регрессивными тенденциями. Ребенок символически переживается как хозяйин матки.

Факт беременности становится очевидным. Проявление сексуальности через увеличение живота беременной женщины является демонстрацией наличия в опыте эротического желания [6], что может быть связано с чувством выхода за пределы дозволенности, преодоления запрета эдипальной стадии развития, определенное нарушение традиционных норм социальной жизни и некий вызов эдипальному сопернику и триумф над ним. С точки зрения Кестенберг (*J. Kestenberg*), визуальное расширение тела с видимым увеличением живота может играть роль для проявления фаллических фантазий, поскольку эти процессы связаны с выпячиванием, как бы «разбуханием». Шевеление ребенка способствует тому, что он перестает переживаться матерью как анальный. На смену выступает нарциссическое отношение. Ребенок приравнивается к пенису, компенсируя потерю пениса. Признание движения плода во втором триместре часто приводит к новой амбивалентности, женщина чувствует, что она не имеет никакого контроля над растущим существом внутри [45].

В период третьего триместра отношения к ребенку связано с переживаниями фаллической стадии развития женщины. Активность ребенка и его самостоятельность позволяет все ближе приблизиться к матери в объектных отношениях. Амбивалентный конфликт смягчается, тенденция к выталкиванию уменьшается, и ребенок получает право остаться. Третий триместр связан с необходимостью перехода матери от отношений с «внутренним ребенком» к отношениям с «внешним ребенком», поэтому эта стадия связана в каком-то смысле с гореванием. В третьем триместре ребенок становится реальнее — женщина начинает ожидать его появления. Усугубляются страхи о трудностях контроля над телом, контрфобические фантазии и желания скорейшего его рождения. Третий триместр активно связан с диадными отношениями, поскольку появление ребенка для пары становится более реальным. Выстраиваются отношения с партнером, меняются темы разговоров, связанные с планированием и ожиданиями рождения ребенка. Третий триместр задает линию развития триадных отношений, объективизируя реальность появления третьего в паре.

Начатые в утробе объектные отношения находят свое выражение в акте рождения. Агрессивные тенденции во время родов преобразуются в активное действие по выталкиванию ребенка, способствуя его рожде-

нию. Разрешение прежних конфликтов и отказ от садомазохистических фантазий (табу на рождение в детстве и юности) вокруг деятельности заботы о ребенке снижается благодаря формированию материнского интереса к новорожденному. Мы полагаем, роды можно рассмотреть как момент сепарации. Для того чтобы ребенок родился, женщине нужно его «отпустить».

Линия развития концепции «Я» при беременности

Формирование стабильного, интегрированного чувства собственного Я является длительным процессом, отражающим тенденции ассимиляции, синтеза и интеграции функций Эго [24]. С точки зрения З. Фрейда, способность различать границы тела вследствие интеграции различных телесных переживаний является результатом функционирования Эго, а, следовательно, осознания себя. Ф. Тайсон и Р.Л. Тайсон чувство собственного «Я» представляют в опыте телесных ощущений, восприятия себя и других, а также спектра эмоциональных переживаний. По Х. Дойч, ребенок, с одной стороны, переживается как составная часть Я женщины, поскольку он фактически живет в ее утробе. С другой стороны, ребенок переживается как часть внешнего мира — по отношению к ребенку воспроизводится аффективный опыт переживаний матери и объектные отношения в ее опыте [14; 15; 39; 40].

Эвристичной концепцией, позволяющей рассматривать данный опыт у беременных с этой точки зрения, на наш взгляд, является феномен внутренней картины беременности [1], презентующей развитие телесного и эмоционального опыта беременной женщины, многоуровневую иерархически организованную и динамическую систему, включающую феномены эмоционального, телесного, когнитивного и мотивационного опыта. Факторами, определяющими чувство собственного Я во время беременности могут являться особенности эмоционального и смыслового опосредования ситуации беременности в связи с будущим материнством, факт наличия или отсутствия опыта материнства в автобиографии женщины, а также наличие патологий, приводящих к невозможности или трудностям естественного зачатия ребенка.

Чувство собственного Я во время беременности может трансформироваться. Особенно ярко подобная трансформация выражается при патологическом течении беременности. Патологическое течение беременности провоцирует регрессивные тенденции, отождествление в этом случае беременности с болезнью — избегание телесных ощущений или отрицание телесной составляющей собственного Я, приводя к диссоциации его различных компонентов. Смысловая нагруженность беремен-

ности как тяжелого труда может провоцировать мазохистические паттерны собственной устойчивости к реалиям телесного функционирования во время беременности, а также увеличивать нарциссическую наполненность чувства собственного Я. Функционирование чувства собственного Я также может быть понято через понимание значимости фактора желаемого пола будущего ребенка [22], что отражается не только на когнитивном образе будущего ребенка и эмоциональном отношении к нему матери, но и на общей самооценке женщины или обоих родителей. Это представления и фантазии о возможном нарциссическом вкладе в будущее ребенка, те силы и возможности, которые есть на данном этапе для воспитания ребенка или которые возможно, необходимо дополнить — найти, обрести, выработать в себе.

Важным фактором понимания структуры изменения чувства собственного Я во время беременности может выступать образ тела и аффективно-когнитивное отношение к нему беременной женщины [42].

Элизабет Дуван и Джозеф Адельсон (*E. Douvan, J. Adelson*) рассматривают: межличностное и внутриличностное чувство собственного Я [41]. Вероятно, при беременности межличностная и внутриличностная идентичности у женщин должны развиваться асинхронно, достигая определенного баланса, дифференцируясь и интегрируясь в определенной последовательности.

В межличностном чувстве Я баланс может достигаться через приобщение к опыту всей женской части человечества, формирование своеобразной женской солидарности к опыту матери и женскому полу, интеграцию полоролевой идентичности с принятым феминных качеств и передачу лидерской позиции в семье партнеру как человеку, заботящему о женщине и своем потомстве. Внутриличностная идентичность при этом предполагает принятие уникальности положения будущей матери, тех осознаваемых и неосознаваемых аффективных, телесных, социальных процессов, которые происходят в этот период, а также через принятие собственной автономной роли как способа заботиться о себе и отдавать другим. Символически процессы интеграции межличностных и внутриличностных установок женщины во время беременности могут быть связаны с идентификацией одновременно с ролью ребенка и матери [26].

Таким образом, во время беременности развитие чувства собственного Я происходит одновременно в двух направлениях: самоощущение себя как будущей матери, несущей ответственность за себя и ребенка, и самоощущение себя как беременной женщины, имеющей определенные потребности, эмоции, нуждающейся в заботе и опеке со стороны близких (в том числе в силу определенных регрессивных тенденций), ощущающей и осмысливающей новые телесные феномены.

Выводы

Таким образом, беременность можно рассматривать как специфическую кризисную стадию развития личности женщины, связанную с процессами регресса, трансформации, интеграции и переструктурирования внутриличностных образований. Во время беременности происходит сгущение либидинальных и агрессивных тенденции Ид, обогащается структура Эго за счет расширения и принятия ребенка как Эго-идеала, снижается давление Супер-Эго. Происходит переструктурирование гендерной идентичности за счет слияния гендерного идеала и гендерного стереотипа.

Прохождение женщиной различных стадий беременности можно рассматривать как регресс и повтор динамики ранних объектных отношений: монадических, диадических и триадических.

Символически процессы интеграции межличностного и внутриличностного чувства собственного Я женщины во время беременности могут быть связаны с идентификацией одновременно с ролью ребенка (принятие уникального положения, передача лидерской позиции партнеру) и матери (идентификация с опытом материнства женской части человечества). Вероятно, при беременности межличностная и внутриличностная идентичность у женщин должны развиваться асинхронно, достигая определенного баланса, дифференцируясь и интегрируясь в определенной последовательности.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Айвазян Е.Б.* Развитие телесного и эмоционального опыта женщины в период беременности: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2005. 319 с.
2. *Брутман В.И., Родионова М.С.* Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопросы психологии. 1997. № 7. С. 38—47.
3. *Выготский Л.С.* Собрание сочинений: в 6 т. Т.4. Детская психология. М.: Педагогика, 1984. 433 с.
4. *Егорова М.А., Миронова С.И.* О психологической готовности к материнству девушек-сирот // Социальная психология и общество. 2013. № 4. С. 69—80.
5. *Ильхамова Д.И.* Из истории формирования перинатальной психологии как науки // История российской психологии в лицах: дайджест. 2016. № 6. С. 38—43.
6. *Кернберг О.* Отношения любви. Норма и патология: пер. с англ. М.: Класс, 2000. 256 с.
7. Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации [Электронный ресурс] // Министерство здравоохранения РФ, 2009. URL: <http://topmedicina.ru/health/koncersiya/> (дата обращения: 17.01.2018).
8. *Котова А.В.* Особенности онтогенеза материнства и психологической готовности к материнству у беременных женщин с различными соматическими заболеваниями // Знание. Понимание. Умение. 2013. №1. С. 264—267.

9. Лагоша Р.Ю., Дворянский С.А., Яговкина Н.В. Социально-бытовые факторы риска осложнений беременности и родов (обзор литературы) // Вятский медицинский вестник. 2017. № 2. С. 67—73.
10. Леонтьев А.Н. *Философия психологии: из научного наследия*. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1994. 228 с.
11. Леонтьев Д.А. Теория личности А.Н. Леонтьева [Электронный ресурс] // Электронная библиотека Psychology OnLine.Net. URL: <http://www.psychology-online.net/articles/doc-961.html> (дата обращения: 17.01.2018).
12. Менегетти А. Психосоматика с точки зрения онтопсихологии: пер. с итал. 3-е изд. М.: ННБФ «Онтопсихология», 2009. 352 с.
13. Меньшикова А.А. Взаимосвязь психологической готовности к материнству и совладающего поведения беременных женщин с онкологическими заболеваниями: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2011. 185 с.
14. Мордас Е.С. Беременность и обретение женственности // Психолог. 2013. № 3. С. 164—185. doi:10.7256/2306-0425.2013.3.646
15. Мордас Е.С. Психологический кризис беременности // Академическая психология. 2017. № 1. С. 39—48.
16. Мордас Е.С. Развитие репродуктивной функции и переживания женщины в период беременности // Психология и психотехника. 2012. № 10. С. 154—161. doi:10.7256/2454-0722.2012.10.6635
17. Мухина В.С. *Возрастная психология. Феноменология развития: учебник*. М.: Издательский центр «Академия», 2012. 655 с.
18. Овчарова Р.В. *Родительство как психологический феномен: учеб. пособие*. М.: Московский психолого-социальный институт, 2006. 496 с.
19. Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной (психоаналитический подход): пер. с англ. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 1997. 193 с.
20. Рудина Л.М. Индивидуально-психологические особенности адаптивности женщин к состоянию беременности: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2003. 198 с.
21. Русалов В.М., Рудина Л.М. Индивидуально-психологические особенности женщин с осложненной беременностью // Психологический журнал. 2003. Т. 24. № 6. С. 16—26.
22. Скрынник Н.Е. Психологические особенности отношения к детям на этапе планирования материнства и во время беременности: дисс. ... канд. психол. наук. Ростов н/Д, 2012. 191 с.
23. Соколова О.А., Сергиенко Е.А. Динамика личностных характеристик женщины в период беременности как фактор психического здоровья матери и ребенка // Психологический журнал. 2007. Т. 28. № 6. С. 69—81.
24. Тайсон Ф., Тайсон Р.Л. *Психоаналитические теории развития*: пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2013. 407 с.
25. Уэллдон Э.В. *Игры с динамитом. Индивидуальный подход к психоаналитическому пониманию перверсий, насилия и преступности*: пер. с англ. М.: Перо, 2017. 382 с.
26. Ференци Ш. *Собрание научных трудов*: пер. с венгр. и нем. Т.2. Работы 1908—1912 гг. Ижевск: ERGO, 2013. 386 с.

27. Филиппова Г.Г. Психология материнства: учеб. пособие. М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. 240 с.
28. Филиппова Г.Г. Мотивационная основа материнского поведения: филогенетический аспект // *Материалы научно-практического семинара «Социо-когнитивное развитие»* (г. Москва, 1995). М., 1995. С. 63—64.
29. Фрейд З. Введение в психоанализ: лекции: пер. с нем. М.: Наука, 1989. 456 с.
30. Холмогорова А.Б., Клименкова Е.Н. Способность к эмпатии в контексте проблемы субъектности // *Консультативная психология и психотерапия*. 2017. Т. 25. № 2. С. 75—93. doi:10.17759/cpp.2017250205
31. Холмогорова А.Б., Смирнова Н.С. Образы значимых фигур как регуляторы интерперсональных отношений и эмоционального состояния у подростков из социально неблагополучных семей // *Дефектология*. 2009. № 1. С. 85—92.
32. Чебакова Ю.В., Дунаева К.А. Психологические особенности структуры сексуальности женщин с нарушениями мочеиспускания в контексте изменения гендерной роли [Электронный ресурс] // *Психологические исследования*. 2014. Т. 7. № 37. С. 7. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 17.01.2018).
33. Чебакова Ю.В., Харисова Р.Р., Комолов Д.А., Ениколопов С.Н. Формирование аффективно-когнитивных взаимосвязей в структуре репрезентации тела в контексте проблемы психосоматического развития [Электронный ресурс] // *Клиническая и специальная психология*. 2016. Т. 5. № 4. С. 1—25. doi:10.17759/psyclin.2016050401
34. Чебакова Ю.В., Чусов А.В., Дунаева К.А. Структура и особенности гендерной идентичности больных нервной анорексией [Электронный ресурс] // *Психологические исследования*. 2012. Т. 5. № 25. С. 6. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 30.11.2017).
35. Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды. М.: Педагогика, 1989. 560 с.
36. Bakken L., Romig C. Interpersonal needs in middle adolescents: companionship, leadership and intimacy // *Journal of Adolescence*. 1992. Vol. 15 (3). P. 301—316. doi:10.1016/0140-1971(92)90032-Z
37. Barnett M.C. Vaginal awareness in the infancy and childhood of girls // *Journal of American Psychoanalytic Association*. 1966. Vol. 14 (1). P. 129—141. doi:10.1177/000306516601400104
38. Benedek T. The psychobiology of pregnancy // *Parenthood: Its psychology and psychopathology* / E.J. Anthony, T. Benedek (eds.). Boston: Little Brown & Co, 1970. P. 137—152.
39. Bibring G. Some Considerations of the Psychological Processes in Pregnancy // *The Psychoanalytic Study of the Child*. 1959. Vol. 14 (1). P. 113—121. doi:10.1080/00797308.1959.11822824
40. Deutsch H. The psychology of women in relation to the functions of reproduction // *International Journal of Psychoanalysis*. 1925. Vol. 6. P. 405—418.
41. Douvan E.A.M., Adelson J. The adolescent experience. New York: John Wiley & Sons, 1966. 471 p.
42. Gunderson E.P., Abrams B. Epidemiology of Gestational Weight Gain and Body Weight Changes After Pregnancy // *Epidemiologic Reviews*. 1999. Vol. 21 (2). P. 261—275. doi:10.1093/oxfordjournals.epirev.a018001

43. Hart B., Hilton I. Dimensions of personality organization as predictors of teenage pregnancy risk // Journal of Personality Assessment. 1988. Vol. 52 (1). P. 116—132. doi:10.1207/s15327752jpa5201_11
44. Jones E. The early development of female sexuality // International Journal of Psychoanalysis. 1927. Vol. 8. P. 459—472.
45. Kestenberg J. Regression and reintegration in pregnancy // Journal of American Psychoanalytic Association. 1976. Vol. 24. P.213—250.
46. Loevinger J. Ego Development: Conceptions and Theories. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1976. 542 p.
47. Lytle L.J., Bakken L., Romig C. Adolescent Female Identity Development // Sex Roles. 1999. Vol. 37 (3/4). P. 175—185. doi:10.1023/A:1025643710311
48. Marcia J.E. The relational roots of identity // Discussions on ego identity / J. Kroger (ed.). Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associates, 1993. P. 101—120.
49. Sander L.W. Polarity, paradox, and the organizing process in development // Frontiers of infant psychiatry / J.D. Call, E. Galenson, R.L. Tyson (eds.). New York: Basic Books, 1983. P. 333—346.
50. Speier P.L., Mèlèse-d'Hospital I.A., Tschann J.M., Moore P.J., Adler N.E. Predicting contraceptive vigilance in adolescent females: A projective method for assessing ego development // Journal of Adolescent Health. 1997. Vol. 20 (1). P. 14—19. doi:10.1016/S1054-139X(96)00175-9

PREGNANCY AS A STAGE OF PERSONAL DEVELOPMENT OF A WOMAN

E.S. MORDAS*,
Moscow Institute of psychoanalysis, Moscow, Russia,
morkaty@yandex.ru

R.R. KHARISOVA**,
Moscow Institute of psychoanalysis, Moscow, Russia,
checkquality@mail.ru

Pregnancy is defined as a specific crisis stage of development of a woman's personality. We consider the specifics of the personality's structure, gender identity, object

For citation:

Mordas E.S., Kharisova R.R. Pregnancy as a Stage of Personal Development of a Woman. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2018. Vol. 26, no. 2, pp. 135—150. doi: 10.17759/cpp.2018260209. (In Russ., abstr. in Engl.).

* Mordas Ekaterina Sergeevna, Ph.D. in Psychology, Associate Professor, Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia, e-mail: morkaty@yandex.ru

** Kharisova Rufina Rejfatovna, Research Associate, Laboratory of Experimental and Practical Psychology, Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia, e-mail: checkquality@mail.ru

relations and self-concept in this regard. The process of personality formation in a woman during pregnancy is marked by integrity and connected to the processes of regression, transformation, integration, and restructuring of intrapersonal formations. During pregnancy Id's libidinal and aggressive tendencies intensify, Ego's structure expands and enriches itself by assimilating the child as an Ego-ideal, Super-Ego lessens its pressure. Gender identity is restructured as a result of gender ideal merging with the gender stereotype.

Keywords: pregnancy, psychosexual development, crisis, object relations, identity, intrapsychic structure, gender identity, sense of self.

REFERENCES

1. Aivazyan E.B. Razvitie telesnogo i emotsional'nogo opyta zhenshchiny v period beremennosti. Diss. kand. psikhol. nauk. [Development of the bodily and emotional experience of a woman during pregnancy. Ph. D. (Psychology) diss.]. Moscow, 2005. 319 p.
2. Brutman V.I., Rodionova M.S. Formirovanie privyazannosti materi k rebenku v period beremennosti [Formation of mother-to-child attachment during pregnancy]. *Voprosy Psikhologii*, 1997, no. 7, pp. 38—47.
3. Vygotsky L.S. Sbornik sochinenii: v 6 t. T.4. Detskaya psikhologiya [Collected Works: in 6 vol. Vol. 4. Child psychology]. Moscow: Pedagogika, 1984. 433 p.
4. Egorova M.A., Mironova S.I. O psikhologicheskoi gotovnosti k materinstvu devushek-sirok [About psychological readiness for maternity of girls-orphan]. *Sotsial'naya psikhologiya i obshchestvo* [Social psychology and society], 2013, no. 4, pp. 69—80. (In Russ., abstr. in Engl.).
5. Il'khamova D.I. Iz istorii formirovaniya perinatal'noi psikhologii kak nauki [From the history of the formation of perinatal psychology as a science]. *Istoriya Rossiiskoi psikhologii v litsakh: daidzhest* [The history of Russian psychology in persons: digest], 2016, no. 6, pp. 38—43.
6. Kernberg O. Otnosheniya lyubvi. Norma i patologiya [Love Relations: Normality and Pathology]. Moscow: Klass, 2000. 256 p. (In Russ.).
7. Kontseptsii razvitiya sistemy zdoravookhraneniya v Rossiiskoi Federatsii [Elektronnyi resurs] [The concept of development of the health system in the Russian Federation]. *Ministerstvo zdoravookhraneniya RF* [Ministry of Health of Russian Federation], 2009. Available at: <http://topmedicina.ru/health/koncepciya/> (Accessed: 17.01.2018).
8. Kotova A.V. Osobennosti ontogeneza materinstva i psikhologicheskoi gotovnosti k materinstvu u beremennykh zhenshchin s razlichnymi somaticheskimi zabelevaniyami [Features of ontogeny of motherhood and psychological readiness for motherhood in pregnant women with various somatic diseases]. *Znanie. Ponimanie. Umenie* [Knowledge. Understanding. Skill], 2013, no. 1, pp. 264—267.
9. Lagosha R.Yu., Dvoryanskii S.A., Yagovkina N.V. Sotsial'no-bytovye faktory riska oslozhnenii beremennosti i rodov (obzor literatury) [Socio-household risk factors for complications of pregnancy and childbirth (review of literature)]. *Vyatskii meditsinskii vestnik* [Medical Newsletter of Vyatka], 2017, no. 2, pp. 67—73.
10. Leont'ev A.N. Filosofiya psikhologii: iz nauchnogo naslediya [Philosophy of psychology: from the scientific heritage]. Moscow: Publ. Mosk. un-ta, 1994. 228 p.

11. Leont'ev D.A. Teoriya lichnosti A.N. Leont'eva [Elektronnyi resurs] [Theory of personality of A.N. Leontiev]. *Elektronnaya biblioteka Psychology OnLine.Net* [Digital Library *Psychology OnLine.Net*]. Available at: <http://www.psychology-online.net/articles/doc-961.html> (Accessed: 17.01.2018).
12. Meneghetti A. Psikhosomatika [Psychosomatics]. Moscow: NNBF «Ontopsikholgiya», 2009. 352 p. (In Russ.).
13. Men'shikova A.A. Vzaimosvyaz' psikhologicheskoi gotovnosti k materinstvu i sovladayushchego povedeniya beremennykh zhenshchin s onkologicheskimi zabolevaniyami. Diss. kand. psikhol. nauk. [Interrelation of psychological readiness for motherhood and coping behavior of pregnant women with oncological diseases. Ph. D. (Psychology) diss.]. Moscow, 2011. 185 p.
14. Mordas E.S. Beremennost' i obretenie zhenstvennosti [Pregnancy and the acquisition of femininity]. *Psikholog* [Psychologist], 2013, no. 3, pp. 164—185. doi:10.7256/2306-0425.2013.3.646
15. Mordas E.S. Psikhologicheskii krizis beremennosti [Psychological crisis of pregnancy]. *Akademicheskaya psikhologiya* [Academic Psychology], 2017, no. 1, pp. 39—48.
16. Mordas E.S. Razvitie reproduktivnoi funktsii i perezhivaniya zhenshchiny v period beremennosti [Development of reproductive function and experience of a woman during pregnancy]. *Psikhologiya i psikhotehnika* [Psychology and Psychotechnics], 2012, no. 10. doi:10.7256/2454-0722.2012.10.6635
17. Mukhina V.S. Vozrastnaya psikhologiya. Fenomenologiya razvitiya: uchebnik [Age-related psychology. Phenomenology of development: textbook]. Moscow: Akademiya, 2012. 655 p.
18. Ovcharova R.V. Roditel'stvo kak psikhologicheskii fenomen: uchebnoe posobie [Parenthood as a psychological phenomenon: textbook]. Moscow: Moskovskii psikhologo-sotsial'nyi institut, 2006. 496 p.
19. Pines D. Bessoznatel'noe ispol'zovanie svoego tela zhenshchinoi (psikhoanaliticheskii podkhod) [A woman's unconscious use of her body: A psychoanalytical perspective]. Saint Petersburg: Vostochno-Evropeiskii institut psikhoanaliza, 1997. 193 p. (In Russ.).
20. Rudina L.M. Individual'no-psikhologicheskie osobennosti adaptivnosti zhenshchin k sostoyaniyu beremennosti. Diss. kand. psikhol. nauk. [Individually-psychological features of women's adaptability to the state of pregnancy. Ph. D. (Psychology) diss.]. Moscow, 2003. 198 p.
21. Rusalov V.M., Rudina L.M. Individual'no-psikhologicheskie osobennosti zhenshchin s oslozhnennoi beremennost'yu [Individually psychological features of women with complicated pregnancy]. *Psikhologicheskii zhurnal*, 2003. Vol. 24 (6), pp. 16—26.
22. Skrynnik N.E. Psikhologicheskie osobennosti otnosheniya k detyam na etape planirovaniya materinstva i vo vremya beremennosti. Diss. kand. psikhol. nauk. [Psychological characteristics of attitudes toward children at the stage of planning maternity and during pregnancy. Ph. D. (Psychology) diss.]. Rostov-on-Don, 2012. 191 p.
23. Sokolova O.A., Sergienko E.A. Dinamika lichnostnykh kharakteristik zhenshchiny v period beremennosti kak faktor psikhicheskogo zdorov'ya materi i rebenka [Dynamics of personal characteristics of women during pregnancy as a factor of

- mental health of mother and child]. *Psikhologicheskii zhurnal*, 2007. Vol. 28 (6), pp. 69—81.
24. Tyson P., Tyson R.L. *Psikhoanaliticheskie teorii razvitiya* [Psychoanalytic Theories of Development]. Moscow: Kogito-Tsentr, 2013. 407 p. (In Russ.).
 25. Welldon E.V. *Igry s dinamitom. Individual'nyi podkhod k psikhoanaliticheskomu ponimaniyu perversii, nasiliya i prestupnosti* [Playing with dynamite: a personal approach to the psychoanalytic understanding of perversions, violence, and criminality]. Moscow: Publ. "Pero", 2017. 382 p. (In Russ.).
 26. Ferenczi S. *Sobranie nauchnykh trudov. T.2. Raboty 1908—1912 gg.* [Collected scientific works. Vol. 2. Works of 1908—1912]. Izhevsk: ERGO, 2013. 386 p. (In Russ.).
 27. Filippova G.G. *Psikhologiya materinstva: uchebnoe posobie* [The psychology of maternity: textbook]. Moscow: Publ. In-ta psikhoterapii. 2002. 240 p.
 28. Filippova G.G. *Motivatsionnaya osnova materinskogo povedeniya: filogeneticheskii aspekt* [Motivational basis of maternal behavior: phylogenetic aspect]. *Materialy nauchno-prakticheskogo seminarra «Sotsio-kognitivnoe razvitiye» (g. Moskva, 1995)* [Materials of the scientific and practical seminar "Socio-cognitive development"]. Moscow, 1995, pp. 63—64.
 29. Freud S. *Vvedenie v psikhoanaliz: leksii* [Introduction to Psychoanalysis: Lectures]. Moscow: Nauka, 1989. 456 p. (In Russ.).
 30. Kholmogorova A.B., Klimenkova E.N. *Sposobnost' k empatii v kontekste problemy sub"ektivnosti* [Empathic ability in the context of the subjectivity problem]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2017. Vol. 25 (2), pp. 75—93. doi:10.17759/cpp.2017250205. (In Russ., abstr. in Engl.).
 31. Kholmogorova A.B., Smirnova N.S. *Obrazy znachimykh figur kak regulatory interpersonal'nykh otnoshenii i emotsional'nogo sostoyaniya u podrostkov iz sotsial'no neblagopoluchnykh semei* [Images of significant figures as regulators of interpersonal relations and emotional state in adolescents from socially disadvantaged families]. *Defektologiya* [Defectology], 2009, no. 1, pp. 85—92.
 32. Chebakova Yu.V., Dunaeva K.A. *Psikhologicheskie osobennosti struktury seksual'nosti zhenshchin s narusheniyami mocheispuskaniya v kontekste izmeneniya gendernoi roli* [Elektronnyi resurs] [Psychological characteristics of sexuality structure in women with acaturesis in the context of the gender role change]. *Psikhologicheskie issledovaniya* [Psychological Studies], 2014. Vol. 7 (37), pp. 7. Available at: <http://psystudy.ru> (Accessed: 17.01.2018). (In Russ., abstr. in Engl.).
 33. Chebakova Yu.V., Kharisova R.R., Komolov D.A., Enikolopov S.N. *Formirovanie affektivno-kognitivnykh vzaimosvyazei v strukture reprezentatsii tela v kontekste problemy psichosomaticheskogo razvitiya* [Elektronnyi resurs] [Formation of the Affective-Cognitive Representation of Body in the Context of Psychosomatic Development]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya* [Clinical Psychology and Special Education], 2016. Vol. 5 (4), pp. 1—25. doi:10.17759/psyclin.2016050401. (In Russ., abstr. in Engl.).
 34. Chebakova Yu.V., Chusov A.V., Dunaeva K.A. *Struktura i osobennosti gendernoi identichnosti bol'nykh nervnoi anoreksiei* [Elektronnyi resurs] [Structure and

- peculiarities of gender identity in patients with anorexia nervosa]. *Psikhologicheskie issledovaniya* [Psychological Studies], 2012. Vol. 5 (25), pp. 6. Available at: <http://psystudy.ru> (Accessed: 30.11.2017). (In Russ., abstr. in Engl.).
35. El'konin D.B. *Izbrannye psikhologicheskie trudy* [Selected psychological works]. Moscow: Pedagogika, 1989. 560 p.
 36. Bakken L., Romig C. Interpersonal needs in middle adolescents: companionship, leadership and intimacy. *Journal of Adolescence*, 1992. Vol. 15 (3), pp. 301—316. doi:10.1016/0140-1971(92)90032-Z
 37. Barnett M.C. Vaginal awareness in the infancy and childhood of girls. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 1966. Vol. 14 (1), pp. 129—141. doi:10.1177/000306516601400104
 38. Benedek T. The psychobiology of pregnancy. In Anthony E.J., Benedek T. (eds.). *Parenthood: Its psychology and psychopathology*. Boston: Little Brown & Co, 1970, pp. 137—152.
 39. Bibring G. Some Considerations of the Psychological Processes in Pregnancy. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1959. Vol. 14 (1), pp. 113—121. doi:10.1080/00797308.1959.11822824
 40. Deutsch H. The psychology of women in relation to the functions of reproduction. *International Journal of Psychoanalysis*, 1925. Vol. 6, pp. 405—418.
 41. Douvan E.A.M., Adelson J. *The adolescent experience*. New York: John Wiley & Sons, 1966. 471 p.
 42. Gunderson E.P., Abrams B. Epidemiology of Gestational Weight Gain and Body Weight Changes After Pregnancy. *Epidemiologic Reviews*, 1999. Vol. 21 (2), pp. 261—275. doi:10.1093/oxfordjournals.epirev.a018001
 43. Hart B., Hilton I. Dimensions of personality organization as predictors of teenage pregnancy risk. *Journal of Personality Assessment*, 1988. Vol. 52 (1), pp. 116—132. doi:10.1207/s15327752jpa5201_11
 44. Jones E. The early development of female sexuality. *International Journal of Psychoanalysis*, 1927. Vol. 8, pp. 459—472.
 45. Kestenberg J. Regression and reintegration in pregnancy. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 1976. Vol. 24, pp. 213—250.
 46. Loevinger J. *Ego Development: Conceptions and Theories*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1976. 542 p.
 47. Lytle L.J., Bakken L., Romig C. Adolescent Female Identity Development. *Sex Roles*, 1999. Vol. 37 (3/4), pp. 175—185. doi:10.1023/A:1025643710311
 48. Marcia J.E. The relational roots of identity. In Kroger J. (ed.). *Discussions on ego identity*. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum Associates, 1993, pp. 101—120.
 49. Sander L.W. Polarity, paradox, and the organizing process in development. In Call J.D., Galenson E., Tyson R.L. (eds.). *Frontiers of infant psychiatry*. New York: Basic Books, 1983, pp. 333—346.
 50. Speier P.L., Mélése-d'Hospital I.A., Tschann J.M., Moore P.J., Adler N.E. Predicting contraceptive vigilance in adolescent females: A projective method for assessing ego development. *Journal of Adolescent Health*, 1997. Vol. 20 (1), pp. 14—19. doi:10.1016/S1054-139X(96)00175-9

ИНТЕРВЬЮ INTERVIEW

ПРОЕКТ: ДЕРЕВО КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ PROJECT “A TREE OF CULTURAL-HISTORICAL PSYCHOLOGY”

ИНТЕРВЬЮ С Н.Н. ТОЛСТЫХ: «Я ОТНОШУСЬ К ТОЙ ЛИНИИ, КОТОРАЯ СВЯЗАНА С БОЖОВИЧ»

Представлено интервью с доктором психологических наук, профессором Наталией Николаевной Толстых, заведующей кафедрой социальной психологии развития МГППУ.

Наталья Николаевна, расскажите, пожалуйста, как возник Ваш интерес к психологии?

Случайно, если честно. Это был тысяча девятьсот шестьдесят шестой год, двойной выпуск. Наше министерство образования тогда решило, что хватит детям учиться одиннадцать лет, теперь будет десять. И в один год два выпуска — все одиннадцатые классы и все десятые. С учетом того, что это был гребень демографической волны, выпускников было несметное количество, поэтому во многих престижных вузах заметно подняли планку трудностей вступительных экзаменов — что-то же надо было делать с этой толпой. Я недобрала один балл на мехмат, где только и хотела учиться. Тогда одна моя одноклассница, которая тоже не поступила на мехмат (она успешно сделала это на следующий год), сказала:

Для цитаты:

Интервью с Н.Н. Толстых: «Я отношусь к той линии, которая связана с Божович» // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 2. С. 151—160. doi: 10.17759/cpp.2018260210

«Слушай, а здесь открыли новый факультет — психологический, пойдём туда, чтобы год не терять». И мы пошли. Я поступила. Вначале честно думала, что не буду заниматься никакой психологией, а только родной математикой. А у нас, представляете, Александр Романович Лурия читает введение в профессию — шансов не полюбить психологию просто не было. Где-то к концу первого семестра я поняла, что, пожалуй, здесь и останусь. И потом, у нас была очень интересная группа, весь набор из пятидесяти человек были просто один к одному — интереснейшие ребята! Так и началась моя любовь к психологии. Надо сказать, в этом самом первом наборе многие оказались случайно, потому что тогда никто толком не знал о профессии психолога. У меня даже родители спрашивали: «А чем ты будешь заниматься, больных лечить?»»

Представителем какого направления психологии Вы себя считаете?

Конечно, в широком смысле слова, это психология личности. Я очень рано оказалась в лаборатории, которую возглавляла Лидия Ильинична Божович, и осталась в этой лаборатории на многие годы. А Лидия Ильинична — это та ветвь соратников Выготского, которая связана с психологией личности. В конце жизни и Алексей Николаевич Леонтьев, тогдашний декан факультета психологии, который нас учил и чьими «птенцами» мы являемся, тоже занялся психологией личности. В последние годы жизни это была его главная тема. Но, конечно, я отоношусь к той линии, которую развивала Божович.

Кого Вы могли бы назвать своими Учителями?

Прежде всего, это, безусловно, Лидия Ильинична Божович. Нельзя забыть и ее соратницу, подругу всей жизни Лию Соломоновну Славину (тоже ученицу Выготского), работавшую в этой же лаборатории, ее блистательные исследования и изумительные человеческие качества. Огромное значение для меня в начале моей профессиональной жизни имела совместная работа с Марией Соломоновной Неймарк. Сейчас она живет в США, ей 95 лет.

Как Вас свела судьба с Вашими учителями?

Судьба свела, как нередко это бывало в моей жизни, почти случайно. В нашей группе учился Боря Ланда, сын Марии Соломоновны Неймарк, и он нам рассказывал, какими интересными делами они там в Психологическом институте (тогда НИИ ОПП АПН СССР) занимаются. Рассказы эти были настолько увлекательными, что захотелось пойти туда и что-нибудь такое с ними поделаться. Поэтому я пришла в лабораторию Божович на третьем курсе писать курсовую. И, действительно, было очень интересно. Это был период, когда в этой лаборатории активно занимались экс-

периментальными исследованиями в области развития личности детей и подростков, мотивации, направленности, конформизма. Такого класса экспериментальных исследований с тех пор я не видела.

А до этого у Вас были какие-то предположения, чем Вы будете заниматься?

Строго говоря, нет. Ведь тогда нас не готовили к практической работе, к консультированию. Имелась в виду, прежде всего, научно-исследовательская деятельность, из нас готовили ученых. Выбирая научных руководителей, мы, скорее, выбирали не направление, а людей. Первую курсовую я писала у Блюмы Вульфовны Зейгарник. Ну как у нее было не писать? Она была замечательная, остроумная, интересная. Но позже знакомство с экспериментальными исследованиями в области развития детской личности, о которых я сказала, участие в них окончательно определили выбор направления дальнейшей научной работы.

Какие советы в отношении работы и личной жизни Вам давала Лидия Ильинична?

Она сама была живым примером. Никогда не опаздывала. Не помню, чтобы хотя бы раз она кому-то сказала, что «нехорошо опаздывать», но сама не опаздывала никогда, поэтому опоздать на заседание лаборатории, на встречу с ней было просто невозможно. И вот это отношение к науке как к чему-то по-настоящему важному. Оно у них всех шло от Выготского, он их так зарядил всех. То, как они работали над каждой фразой в статье, с каждым словом, с каждой цифрой — это было такое отношение, которому учить не надо, инструкции не нужны. Все они, мои первые учителя, были такие яркие, такие умные, остроумные, веселые, талантливые, так беззаветно служили науке... Это был высочайший уровень нравственной высоты и порядочности.

Кого Вы считаете своими учениками?

Прежде всего, моих аспирантов. У меня их было не так много, но я со многими из них поддерживаю контакт и знаю, что у большинства удалась профессиональная жизнь. Я этим горжусь. А по «ветви» сказать не могу. Все они люди современные, большинство ушли в практическую сферу.

Тогда, может быть, кого-то из коллег назовете, кто является продолжателем той же ветви, к которой Вы себя причисляете?

На одной «ветви» мы долгое время сидели с Анной Михайловной Прихожан. Вместе провели много исследований, статьи писали, книги, учебники. И у нас была почти общая «божовичевская» точка зрения

на проблему, например, сиротства. Всю бездну материала, которую мы, посланные в 72-й интернат для детей-сирот «что-нибудь поисследовать», получили, мы постарались увидеть через призму теории личности Л.И. Божович. Поэтому мы смогли описать психологию детей-сирот и их развитие не как дефицитарные, а как особый путь развития личности. Последнюю нашу с Анной Михайловной совместную работу — учебник «Психология подросткового возраста» мы отослали в редакцию за неделю до ее смерти в мае 2015 года. Горько.

На чьи еще исследования, взгляды Вы опирались в своих работах?

Конечно, Алексей Николаевич Леонтьев и вся Московская Школа. Лично для меня имела большое значение тесная связь с одним из умнейших философов того времени — Феликсом Трофимовичем Михайловым. Мой муж с ним дружил, мы дружили семьями и часто общались, проводя время, главным образом, за умными разговорами. А еще работы и выступления Эвальда Васильевича Ильенкова, Мераба Константиновича Мамардашвили, Георгия Петровича Щедровицкого. Все эти философы, методологи имели большое значение для развития мозга (*смеется*), мыслить немножечко шире они научили.

Потом, конечно, психоанализ, который вошел в мою жизнь намного раньше, чем был разрешен. Его долгое время критиковали, но Лидия Ильинична говорила: «Ну, в чем-то, конечно, не прав был Фрейд, но в чем-то очень прав». Многие идеи Божович и ее сотрудников включали категорию бессознательного. Из психоаналитиков большое влияние оказал Эрик Эриксон. В 1996 году на русском языке вышла его книга «Идентичность: юность и кризис», которую мы с коллегами переводили. Перевод шел невыносимо трудно, потому что Эриксон сложно пишет. Его на русском-то читать непросто, а на английском практически невозможно, хотя я прилично знала язык. Но вот ты сидишь, понимаешь, как переводятся все слова, понимаешь, как построено предложение, но ты не знаешь, как это сказать по-русски. Пришлось в это вникать медленно, как следует, продумывая буквально каждую фразу, и в итоге это оказалось довольно интересно.

Конечно, приезд К. Роджерса и работа в его группе имели огромное значение для освоения его подхода и глубокого погружения в гуманистический взгляд на психологию и развитие личности.

На какие идеи, может быть, тезисы, Л.С. Выготского Вы опираетесь в своей работе?

Больше всего на немногочисленные, но очень точные и очень важные его тезисы о развитии личности. Это то, что меньше всего нашло отражение в работах других его продолжателей. Скажем, на Западе ведь

его знают только как специалиста в области психологии обучения, когнитивного развития. У нас в России также самая мощная линия — развивающее обучение (Д.Б. Эльконин, В.В. Давыдов, В.В. Рубцов и др.). А линия, которую выбрала Лидия Ильинична, — развитие личности, менее всего известна и менее всего развивалась. Здесь и сегодня много осталось открытых вопросов и незавершенных идей.

А какие идеи и положения у Выготского вы считаете самыми важными?

Мне очень нравится его работа, которая связана с изучением аномального развития ребенка. В ней много и про личность тоже, про ее недоразвитие и распад. И для Лидии Ильиничны было важно посмотреть не только на то, как формируется и как функционирует личность, но и как она распадается. Как-то раз, уже незадолго до смерти, она рассказывала: «Вот, сейчас наблюдаю, что происходит с моими высшими психическими функциями. Вижу, например, как нарушается апперцепция, но я контролирую это. Недавно сижу за столом, но не вижу сахарницу, хотя точно знаю, что она должна быть. Тогда я что делаю? Я создаю образ: вот она, эта сахарница, такая стеклянная с серебряным ободком и серебряной ложечкой в ней. И тогда нахожу ее на столе». Так это и работает: чтобы понять норму, надо понять и патологию тоже.

На Западе последователей Выготского очень интересует вопрос, кто был до Выготского, где следует искать корни КИП? Кого из предшественников Выготского, на которых он опирался, разрабатывая свою психологию, Вы могли бы назвать?

Что меня сравнительно недавно поразило в рассказах о Выготском, — это то, что он сам считал себя истинным марксистом и очень обижался, когда его таковым не считали. И, конечно, самые мощные его корни в философии Гегеля. И в этом смысле ранний Маркс с его представлениями о развитии, взятыми у Гегеля, — это ключевое звено в представлении Выготского о развитии, кризисах, этапах. Конечно, он был еще и просто широко образованным человеком. Как рассказывали его ученики, интеллект и память его были такого рода, что даже если он просто листал книжку, то мог цитировать потом любую страницу. Поэтому насчет основания там было все серьезно. И какая мощная гуманитарная культура за ним! Я даже на лекциях всегда рассказываю студентам, что если Ленинградская научная школа и их представления о личности, имеют, прежде всего, естественно-научную подоплеку (В.М. Бехтерев, И.М. Сеченов, И.П. Павлов), то здесь, в традиции Выготского, эта подоплека просматривается в наименьшей степени, здесь все от философии и гуманитарной культуры. Тем не менее Выготский считал, что важно учиться все, и в конце жизни поступил на медицинский факультет, чтобы

лучше знать физиологическую, нейрофизиологическую стороны жизни человека, его мозг. Прежде всего он зарядил своих учеников энергией, верой в то, что психология — это великая наука, что человеческая психика познаваема, причем научными методами. Он с большим оптимизмом смотрел на развитие психологии и научил этому своих учеников. В те годы, когда я попала в лабораторию Божович, шеститомника Выготского еще не было, а когда-то изданные его тексты были почти недоступны. Но я помню, как Лидия Ильинична и Лия Соломоновна иногда приносили письма Льва Семеновича — пожелтевшие, истлевающие листочки, и с каким трепетом, восторгом они их читали и перечитывали.

Если продолжать в этой оптимистичной манере, каким Вы видите будущее культурно-исторической психологии? Что необходимо для развития?

Это мое частное мнение, но мне кажется ошибкой, что люди, которые занимаются развитием той ветви, которая, в первую очередь, связана с психологией образования, развивающего обучения, достаточно закрыты. Это движение как бы отграничено от многих других идей в этой области. У меня много раз создавалось ощущение, что хэдлайнеры в этой области настолько уверены в своей неоспоримой правоте (только они же — наследники Выготского!), что не готовы слышать других. Они уверены, что только они одни правы, что они лучше всех знают и понимают Выготского.

Я считаю, что такая позиция ошибочна, и искренне надеюсь, что это будет преодолено и что взгляд на вещи в этой области исследования и практики станет значительно шире. Не стоит считать всех, кто думает не совсем так, как внутри этой «корпорации», неправыми.

Перспективным мне представляется движение в сторону социальной психологии, социальной психологии развития. В декабре 2017 года я об этом сделала доклад на семинаре Б.Д. Эльконина, который как раз и посвящен поиску новых «шагов» в развитии культурно-исторической теории. Шаг в сторону социальной психологии позволит изучать культурное развитие ребенка, человека не только в культуре вообще, но и в актуальном социокультурном контексте, так как сегодня именно социальная психология имеет наилучшие возможности для учета этого контекста, можно сказать, она «заточена» на этот контекст.

А возможно ли, на Ваш взгляд, сотрудничество наших отечественных последователей с их зарубежными коллегами?

Конечно, это возможно. Я думаю, что оно не только возможно, но и очень важно, потому что наука всемирна, и это взаимодействие может быть весьма полезным. Конечно, хотелось бы продуктивного взаимодействия, а не просто встреч на симпозиумах и конгрессах. Примером здесь

опять может служить Лидия Ильинична. В то время, когда связь с зарубежными коллегами была намного сложнее, в СССР приезжал Ури Бронфенбреннер, и они с Божович вели совместные исследования. Более того, они совместно интерпретировали полученные данные. Весь интерес состоял в столкновении объяснительных конструктов для одного и того же полученного эмпирического материала. Это замечательный образец сотрудничества — осмысленного, продуктивного, продвигающего.

Наталья Николаевна, а Вы можете вспомнить какой-нибудь забавный случай, который был связан с Вами и с кем-то из Ваших наставников?

Дело в том, что жизнь в этой пятнадцатой комнате Психологического института, где располагалась лаборатория Божович, была непрерывным счастьем. Каждый раз я шла на заседания лаборатории, как на первое свидание, потому что каждый раз это было предвкушением счастья. Если сотрудник, заходя в лабораторию, рассказывал просто даже о каком-то жизненном эпизоде — про детей, внуков, то и это никогда не оставалось просто разговором, как в песочнице. Тут же начинались психологические интерпретации этого случая — что это, с психологической точки зрения? О чем этот случай нам говорит? Как следовало бы на самом деле повести себя взрослому? И так далее.

В то время я еще училась в университете, но уже занималась в лаборатории Лидии Ильиничны. Как-то ко мне подошла Блюма Вульфовна и говорит: «Наташенька, у меня к Вам вот какое деликатное дело. Вы не могли бы как-нибудь разузнать, подарила ли я Марии Соломоновне Неймарк свою новую книжку или нет? Подарить дважды — это же хуже, чем не дарить вообще!».

А вот эпизод, связанный с Алексеем Николаевичем Леонтьевым. Его доклад в аудитории психологического факультета МГУ. Рассказывает про личность и деятельность, нужно как-то показать, что фактор деятельности в развитии личности важнее фактора нервной системы. Алексей Николаевич задает вопрос, обращаясь к Блюме Вульфовне Зейгарник (она скромно сидит где-то во втором ряду): «Как Вы думаете, что для развития личности важнее — свойства нервной системы или цвет глаз?» И ответ Блюмы Вульфовны: «Алексей Николаевич, ну, конечно, цвет глаз!». В то время, когда еще витали в умах идеи Павловской сессии, когда важнее всего были психофизиологические факторы, вдруг парадоксально оказывается, что такая незначительная характеристика, как цвет глаз, для развития личности важнее свойств нервной системы. И Леонтьев был страшно доволен, что Блюма Вульфовна ответила именно так. Потому что, конечно, не сам по себе цвет глаз имеет значение, а то, какую роль он будет играть в реальной жизнедеятельности человека, во взаимоотношении его с другими людьми.

Еще вспоминается Летняя психологическая школа после первого курса. Это было в Пицунде. Туда приезжали очень важные люди, например, Александр Романович Лурия. Он был человеком такого невообразимо буйного научного темперамента, что готов был про науку говорить с нами с утра до ночи. А вы представьте, мы все молодые, лет восемнадцать—девятнадцать, лето, солнце — с утра до ночи про науку никому неохота! Поэтому на каждый день мы назначали несколько человек, которые должны были сидеть, проявлять интерес, задавать вопросы, а остальные в это время загорали, купались, веселились. Хорошо помню эту обязанность — развлекать Александра Романовича, а не наоборот! А еще Александру Романовичу было замечательно сдавать экзамены — не успевал ты сказать хоть какие-то слова, как он перехватывал инициативу и начинал рассказывать про то, о чем у тебя в вопросе.

Мне как-то раз довелось поехать с Александром Владимировичем Запорожцем (еще одним известным учеником Выготского) в Швецию. Его приглашали, и нужен был переводчик — сказали, что можно взять какого-то молодого сотрудника. Александр Владимирович позвонил Лидии Ильиничне, и та сказала, что вот, мол, тут Наташа болтается почти без дела, можете ее взять. Ну и представьте, мы вдвоем с Запорожцем в Швеции! Там была, конечно, масса смешных историй. Однажды нас пригласили в гости домой, а это знак действительно глубочайшего уважения. Приходим мы в этот частный дом, а в гостиной огромное панорамное окно с видом на сад. Март, снег, в саду ничего нет, просто лужайка, занесенная снегом, в центре стоит табуретка, а на ней какая-то открытая большая железная банка. В гостиной же немногочисленные гости, круглый стол, на котором отварная картошка с укропчиком и много видов селедки — говорят, это настоящий шведский стол (а мы-то думали — это наш, русский). При этом рядом, за спинами гостей, на небольших столиках разложены немислимые деликатесы: сыры, огромные куски ветчины, диковинные фрукты — в общем, то, чего у нас тогда нельзя было достать ни за какие деньги. Но это, видимо, с точки зрения принимающей стороны, — мелочь. Мы решились спросить, что же там за окном на табуретке, на что хозяева ответили, что это сюрприз. В самый торжественный момент вносят эту банку, и по комнате распространяется такой запах, что мы сразу поняли, почему это стояло в саду. Оказалось, это какая-то особая селедка, которую даже нельзя вывозить из Швеции, она только для употребления внутри страны. Александр Владимирович мне и говорит: «Знаете, Наташенька, я, пожалуй, нет. А вот вам еще жить и жить, так что пробуйте!». Было вкусно. И это была последняя зарубежная поездка Запорожца.

Лидия Ильинична рассказывала, как они в свое время учились. Выготский, Лурия, Леонтьев — все они были учителями, а она и еще несколько, потом уже хорошо известных людей — студентами. Обычно к экзаменам готовились так. Божович, Славина и еще пара молодых девушек все учили. Саша Запорожец в это время благополучно дремал, а, проснувшись, говорил что-то вроде: «Ну, девочки, рассказывайте, что там и как!». Получал пятерки.

А вот случай можно сказать, исторический анекдот, которому я была живым свидетелем. Однажды, уже в конце 70-х, Алексей Николаевич Леонтьев выступал с докладом в нашем Психологическом институте. Рассказывает про личность и ее развитие. Лидия Ильинична сидит в зале. Красная нить доклада — присвоение культурно-исторического опыта. Многократно возвращается к этому «присвоению», пока в какой-то момент Лидия Ильинична не выдерживает и говорит: «Алексей Николаевич, и все-таки присваивать чужое нехорошо». И это не было просто удачной шуткой (хотя остроумие ее было всем известно): за ней различие в представлениях о развитии у этих двух последователей и соратников Выготского.

Наталия Николаевна, а что бы Вы могли посоветовать, пожелать нынешним студентам?

Возможно, это будет странное напутствие. Мне, например, кажется, что у современных студентов в дефиците умение внимательно и глубоко разбираться в каких-то частных вопросах. Ощущение, что знают и про это, и про то, но как-то в целом. Как же только речь заходит о каких-то конкретных вещах — в этом нет возможности разобраться. А хорошо бы научиться самому докапываться до конца в частных, конкретных вопросах.

И такой совет, хотя и советом это назвать сложно. Еще в студенческие годы у нас был семинар по возрастной психологии, который вел Даниил Борисович Эльконин. Как-то зашел разговор о том, что мы, дескать, все годы учебы стоим на одной и той же платформе — теории деятельности, и, возможно, это неправильно. Даниил Борисович же вспомнил совет своего учителя А.А. Ухтомского: очень важно с самого начала встать на какую-то точку зрения, определенную платформу. Предположим, стать выготчанином — последовательно стоять на этой позиции, и если ты научился на ней стоять, то потом сможешь понять и про другие позиции! Более того, ты сможешь поменять позицию, стать критиком нынешней, но главное — ты можешь это сделать. Но если ты с самого начала не стоишь на какой-либо позиции, что мы сейчас наблюдаем в рамках постмодернизма и плюрализма, то потом очень трудно выстраивать свое мнение, свою позицию. Можно исходно быть

психоаналитиком, как были многие. Они прошли эту школу, и именно поэтому потом из них получалось что-то стоящее, пусть и совершенно иное. Например, немало экзистенциальных психологов вышли из психоанализа. Я думаю, что это была очень сильная и правильная мысль, хотя сегодня ее не назовешь модной. Получился такой вот совет, протянутый во времени, потому что он принадлежит даже не Элькинону, а его учителю Ухтомскому.

*Авторы проекта «Дерево культурно-исторической психологии»
В.К. Зарецкий, Д. Ведмицкая, О. Пичугина.*

INTERVIEW WITH N.N. TOLSTYKH: “I BELONG TO THE TRADITION DEVELOPED BY BOZHOVICH”

For citation:

Interview Withn. N. Tolstykh: “I Belong to the Tradition Developed by Bozhovich”. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2018. Vol. 26, no. 2, pp. 151—160. doi: 10.17759/cpp.2018260210. (In Russ., abstr. in Engl.).

**ДАЙДЖЕСТ ИССЛЕДОВАНИЙ
В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
И ПСИХОТЕРАПИИ**
**RESEARCH DIGEST IN CLINICAL
PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY**

**КОНСУЛЬТАНТЫ
И ПСИХОТЕРАПЕВТЫ ЗА РУБЕЖОМ:
ОБУЧЕНИЕ, КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ
ТРЕБОВАНИЯ (НА ПРИМЕРЕ
ВЕЛИКОБРИТАНИИ И НИДЕРЛАНДОВ)**

Предлагаемый материал дает представление о подготовке консультантов и психотерапевтов за рубежом, в частности, в Великобритании и Нидерландах, об их месте в системе оказания помощи, о требованиях к этим специалистам и содержании программ обучения. Дайджест основывается на текущей информации профессиональных сайтов Интернета.

Консультант или психотерапевт?

Консультант — специалист, хорошо подготовленный в области профессионального выслушивания и ответов.

Консультирование больше фокусируется на текущих трудностях, вызывающих проблемы у клиента, и в меньшей степени связано с погру-

Для цитаты:

Консультанты и психотерапевты за рубежом: обучение, квалификационные требования (на примере Великобритании и Нидерландов) // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 2. С. 161—172. doi: 10.17759/cpp.2018260211

жением в его прошлое. Это — низкопороговая, т. е. обеспечивающая максимальную доступность, форма психологической помощи. Важнейшими задачами консультанта являются психосоциальная помощь и сопровождение клиентов в трудных ситуациях.

Консультант-психолог — специалист в области консультативной психологии. Это довольно новая группа прикладных психологов, совмещающих терапевтическую практику с психологическими исследованиями и теорией.

Психотерапевт — специалист с высоким уровнем подготовки в области разговорной терапии, владеющий искусством профессионального выслушивания и ответов. Психотерапевт помогает клиенту распознать, что именно его беспокоит, где могут находиться источники проблемы, как клиент будет подходить к поиску решений и выхода из своих проблем.

Психотерапия «копает глубоко» и использует прошлое для выявления паттернов, объясняющих поведение и выбор человека в будущем. Психотерапия — длительный процесс (от 6 месяцев до нескольких лет).

Общее между консультированием и психотерапией — это формы индивидуального сопровождения для людей с психическими жалобами или проблемами.

Различия между консультированием и психотерапией — в уровнях психологической помощи. Если человек «застрял» в какой-то ситуации и без посторонней помощи не может из нее выйти, но при этом способен продолжать свою обычную жизнь, то можно обратиться к консультанту. Сопровождение консультанта осуществляется через структурирование процесса взаимодействия с клиентом, обеспечение обратной связи и советы, через обретение понимания (инсайты) и осознание существующих возможностей. Консультант работает прежде всего на преодоление блока и продолжение развития человека.

Если же человек не в состоянии функционировать «нормально», потому что его психическая проблема слишком тяжела, то в таких случаях показана психотерапия. Психотерапевт структурирует процесс, обеспечивает обратную связь и дает советы, подводит к инсайтам, совершает интервенции с целью усиления способности клиента управлять собой, восстанавливаться и принимать ответственность за свою жизнь. Психотерапевт ориентирован скорее на проблему и работает с прошлым клиента, его настоящим и будущим.

Подготовка консультантов в Великобритании

На британском сайте Prospects представлен профиль профессии консультанта.

Обязанности.

- Установление отношений доверия и уважения с клиентами.
- Согласование так называемого контракта (рамок) консультирования с целью определить, что будет включено в сессии (в том числе вопросы конфиденциальности).
- Стимулирование клиентов к разговорам на темы, которые они обычно не могут обсуждать с другими.
- Активное выслушивание того, что беспокоит клиента, и проявление эмпатии к его ситуации.
- Беспристрастное принятие вопросов, поднятых клиентами.
- Помощь клиенту в постижении более глубоких уровней его беспокойства.
- Указание на любые расхождения в словах или действиях клиента.
- Помощь клиенту в принятии решений и в ситуации выбора с целью продвижения вперед.
- Направление клиентов к другим источникам помощи, если в этом есть необходимость.
- Осуществление супервизии и посещение курсов дополнительного образования.
- Прохождение личной терапии (обязательно для аккредитации).
- При необходимости, осуществление контактов со службами или отдельными лицами, чтобы помочь изменениям по вопросам, поднятым клиентами.
- Работа по согласованным целям (мишеням) в соответствии с контрактом клиента.
- Ситуационное проведение как групповой, так и индивидуальной терапии.
- Ведение записей и использование современных технологий извлечения информации и визуализации данных (для анализа работы).

Квалификационные требования. Существует три уровня подготовки.

1. Введение в консультирование. Дает базовые навыки консультирования и краткий обзор полного курса. Продолжительность: 8—12 недель, уровень колледжа.
2. Сертификат по консультированию. Теоретическое понимание консультирования на более глубоком уровне, развитие навыков консультирования и подготовка к следующему уровню. Продолжительность курса — около 1 года, без отрыва от основной работы.
3. Диплом по консультированию. Минимум 1 год очного обучения или 2 года без отрыва от работы, при минимум 100 часах работы с супервизией.

Далее возможен следующий уровень — диплом по психотерапевтическому консультированию.

Ряд общепризнанных курсов позволяет по окончании становиться членами профессиональных организаций, например, Британской ассоциации консультирования и психотерапии (BACP), Совета СК по психотерапии (УСКР) или Национального общества консультирования (NCS). Такая регистрация не является обязательной, но она говорит о том, что данный специалист удовлетворяет определенным стандартам и придерживается профессионального этического кодекса.

Навыки.

- Непредвзятый взгляд на мир и желание работать с самыми разными людьми.
- Отличные навыки наблюдения и выслушивания.
- Терпение, толерантность и чувствительность.
- Понимание собственного отношения и собственных реакций.
- Вера в то, что все клиенты способны на изменения к лучшему.
- Высокое мнение о конфиденциальности.

Обучение на консультанта в Нидерландах

В Нидерландах, как и в Великобритании, существует спектр профессионального образования в области (психологического) консультирования. Широко распространен бакалавриат по консультированию. Степень бакалавра позволяет вести собственную практику. Продолжительность обучения — 36 месяцев.

Содержание программы.

Первый год обучения — *ориентация в специальности*. Введение в консультирование — Введение в психологию — Базовые методы консультирования — Позиция/отношение консультанта — Практическое задание: полевое обследование — Анамнез — Диагностика — Базовые медицинские знания — Психопатология и консультирование — Коммуникация и подготовка отчета — Практическое задание: диагностическое обследование — Методы обследования 1.

Второй год обучения — *процесс осознания произошедших перемен*. Ориентированная на клиента беседа — Когнитивное консультирование — Консультирование по поведению — Креативное консультирование — Практическое задание: составить план сопровождения для консультирования в Интернете — Ориентированная на систему работа в формате семейного консультирования — Консультирование у пожилых — Практическое задание по теме «Подросток и семья» — Консультирование и разнообразие — Социализация — Практическое задание: интервизия — Углубленные базовые медицинские знания — Психология развития — Методы обследования 2. — Ведение беседы с детьми.

Третий/четвертый годы обучения — *завершающий этап*. План стажировки — Супервизия — Модели продвижения беседы — Консультирование в бизнесе — Практическое задание: обследование — Учреждение частной практики консультанта — Определение личного бренда — Практическое задание: составление бизнес-плана — Этика и законодательство в здравоохранении — Фармакология — План тренинга по работе с проблемой — Стажировка. Задания по стажировке — Сопровождение группы — Психология здоровья — Организационная психология.

Во время обучения студент учится применять в практике консультирования различные методики на основе наиболее значимых теорий. Программа предусматривает супервизию. В ходе обучения среди прочих предлагаются следующие темы:

- Методическая работа в консультировании;
- Сигналы в консультировании;
- Индивидуальное консультирование и консультирование семей;
- Консультирование в организации;
- Частная практика консультанта.

Стажировка. Стажировка является частью обучения. Во время стажировки учащийся использует свои знания в практике. Для обучения на консультанта требуется 840 часов стажировки, из них 700 часов — это чистая работа с клиентами. Остальное время может быть потрачено на работу над отчетами.

Подготовка консультантов-психологов в Великобритании

Консультант-психолог (counselling psychologist) использует психологическую теорию и исследования в терапевтической работе с клиентами, находящимися в разнообразных трудных жизненных ситуациях (тяжелая потеря, домашнее насилие, трудности во взаимоотношениях, сексуальные злоупотребления, психологические травмы) и/или испытывающими проблемы психического здоровья (тревога, депрессия, расстройства пищевого поведения, посттравматическое стрессовое расстройство, психоз). Работа консультанта-психолога требует высокого уровня подготовки и самопознания, достигнутого путем прохождения личной терапии. В настоящее время докторские программы по консультативной психологии предлагают более десяти британских университетов. В Нидерландах подобных программ нет.

На британском сайте Prospects представлен профиль профессии консультанта-психолога:

Обязанности.

— Осуществление оценочной деятельности, включая оценку потребностей клиента в сфере психического здоровья, оценку рисков и психометрическое тестирование.

- Формулирование психологического объяснения проблем клиента.
- Установление рабочих отношений сотрудничества с клиентом на основе доверия и уважения.
- Планирование и осуществление специальных психологических воздействий.
- Мониторинг и оценка исхода терапии.
- Сотрудничество с коллегами, членами мультидисциплинарной бригады и направляющими инстанциями в части планирования терапии и оказания услуг, соответствующих потребностям клиента.
- Изложение сложной, технической и/или клинически чувствительной информации ясным и понятным языком (устно и письменно) клиентам, их близким и лицам, осуществляющим уход.
- Способствование научным исследованиям, оценке деятельности служб и их проверке — как индивидуально, так и в качестве члена терапевтической бригады.
- Прием регулярной клинической и профессиональной супервизии от старшего психолога.
- Продолжение личностного и профессионального роста, поддержание современного уровня знаний и навыков.

Квалификационные требования.

Чтобы практиковать в Соединенном Королевстве в качестве консультанта-психолога, необходимо иметь регистрацию в Совете профессий, связанных со здоровьем и уходом (*HCPC*), что означает дополнительное последипломное обучение после получения образования по психологии. Это может быть трехлетняя докторская программа по консультативной психологии в университете или независимый путь подготовки, который носит название «Квалификация в консультативной психологии» (*QCoP*), продолжительностью тоже минимум три года.

Навыки.

- Межличностные и психотерапевтические навыки.
- Отличные навыки коммуникации.
- Навыки консультирования.
- Толерантность и чувствительность в работе с клиентами.
- Способность исследовать эмоциональные темы вместе с клиентами.
- Здоровое любопытство и исследовательский подход к работе.
- Навыки анализа.
- Способность работать в бригаде.
- Способность разбирать вместе с клиентом, как и почему что-то получается, а что-то нет.
- Независимость и собственная мотивация.
- Понимание собственного отношения и собственных представлений.
- Способность работать под давлением.

— Навыки планирования времени, чтобы справляться с рабочей нагрузкой.

— Навыки работы с компьютером.

— Понимание культурного и религиозного разнообразия.

Консультанты-психологи могут работать в системе здравоохранения, в добровольческом секторе, в тюремной службе, в армии, образовании, науке и промышленности. В сравнении с консультантами и психотерапевтами, они в работе больше опираются на научную психологию. Чаще всего они используют психодинамическую, гуманистическую/клиент-центрированную и когнитивно-поведенческую терапию. Многие также применяют в практике работы приемы техники осознанности (*mindfulness*).

В сравнении с клиническими психологами, консультанты-психологи работают с более здоровой популяцией, тогда как клинические психологи больше имеют дело с патологией (шизофрения, психозы, поведенческие проблемы) в условиях больниц.

Подготовка психотерапевтов в Великобритании

На британском сайте *Prospects* представлен профиль профессии психотерапевта:

Обязанности.

— Работа с клиентом «один на один», с парами, семьями и группами клиентов.

— Проведение серии индивидуальных сессий с клиентом, обычно продолжительностью от 30 минут до одного часа, один или более раз в неделю. Оценка через них потребностей клиента, установление отношений доверия и исследование проблемы клиента — за несколько сессий или за более продолжительный период в 2—3 года.

— Стимулирование клиента к рассказу о себе и исследованию его чувств и поведения.

— Проведение групповых сессий для пациентов в условиях стационара.

— Проведение групповых сессий в порядке обучения других специалистов, например, социальных работников, сестринского персонала и педагогов, интересующихся функционированием группы, а также индивида внутри группы.

— Отслеживание профессиональной информации теоретического и исследовательского характера.

— Поддержание сети контактов в профессиональном сообществе и иных потенциально важных для деятельности областях с целью обеспечения преемственности в работе и поддержания клиентской базы.

- Оценка исхода психотерапии и написание отчетов и заключений.
- Работа по достижению поставленных целей (если вы работаете в государственной системе здравоохранения).
- Супервизия со стороны других соответствующим образом подготовленных лиц с целью обсуждения личных вопросов и вызывающих беспокойство аспектов профессиональной практики.
- Осуществление супервизии по отношению к другим психотерапевтам.

Квалификационные требования. При прочих равных исходных данных (например, наличие университетского диплома магистра) шансы на получение специальности психотерапевта выше у лиц, изучавших психологию, сестринский уход, медицину, социальную работу и социологию. Помимо теоретической подготовки также требуется опыт работы по основной специальности. Жизненный опыт необходим будущему психотерапевту, чтобы справиться с крайними выражениями человеческих эмоций, сомнениями и уязвимостями, которые ожидают их в практике.

Обычно психотерапия — это вторая освоенная профессия, и многие приходят в нее из областей клинической психологии, психиатрии, психического здоровья и социальной работы.

Курс обучения психотерапии составляет 4—6 лет и проходит без отрыва от основной работы по установленному графику. В программу включены письменные задания по теории, клиническая работа под супервизией и клинические семинары.

В настоящее время в Великобритании не существует обязательной регистрации или лицензирования для частнопрактикующих психотерапевтов. Однако при удовлетворении всех квалификационных требований можно зарегистрироваться в качестве полного члена профессиональной организации, например, Британской ассоциации консультирования и психотерапии (*БАСП*), Совета Соединенного Королевства по психотерапии (*УСКР*) или Британского психоаналитического совета (*БПС*). Регистрация является гарантией для клиента, что вы удовлетворяете всем стандартам подготовки и опыта работы в качестве психотерапевта. Членство в профессиональной организации также помогает отслеживать новые веяния в психотерапии и продолжать профессиональное развитие.

Навыки.

- Саморефлексия, чувствительность и эмпатия.
- Толерантность к иным мнениям, избегание моральных оценок и уважение к другим.
- Искренний интерес к эмоциональным проблемам, с которыми сталкиваются люди.
- Понимание значимости конфиденциальности, а также ограничений в связи с ней.

- Вера в присущую человеку способность изменяться и развиваться.
- Энергичный и позитивный подход.
- Способность устанавливать раппорт с другими.
- Чувство юмора.
- Понимание в вопросах непредвзятости и разнообразия.
- Чувство уверенности при исследовании трудных и болезненных аспектов жизни клиента.

Обучение на психотерапевта в Нидерландах

Психотерапевт в Нидерландах — это базовая специальность с возможными последующими дополнительными специализациями. Согласно информации на сайте *RINO Group*, занимающейся подготовкой психотерапевтов, «психотерапевт занимается лечением пациентов с комплексными проблемами, в значительной мере с разнообразными личностными проблемами».

Обучение на психотерапевта предназначено для психологов, педагогов, психиатров и специалистов в области психического здоровья, которые могут быть вовлечены в лечение пациентов с тяжелой и/или множественной психопатологией. Психотерапевты работают в сфере психического здоровья; это может быть частная практика, больницы или помощь людям с психическими ограничениями. После получения диплома можно зарегистрироваться в государственном регистре медицинских специальностей *BIG*. В таком случае вы будете юридически признаны психотерапевтом и имеете в том числе право выставлять счета для оплаты через систему медицинского страхования.

Условия поступления: наличие университетского образования уровня магистра. Далее следует проверка на наличие у соискателя необходимых для обучения на психотерапевта элементов образования. Это знания в области теории личности; психофизиологии или психосоматики; психопатологии; психологии развития; психофармакологии; психических проблем, обусловленных культурой; сексологии; техники ведения беседы; тренинга взаимодействия; 30-дневная стажировка в одной из служб психического здоровья. Если соискатель ранее не прошел требуемые курсы, то можно обсудить с руководителем обучения возможность заместительного курса. Данная проверка не распространяется на психологов системы здравоохранения (*Gz psycholoog*). Психиатрам для получения регистрации «психотерапевта», т. е. официального права практиковать в качестве психотерапевта и выставлять счета, требуется проверить образование и навыки в области психотерапии, полученные ими во время четырехлетнего обучения по специальности «психиатрия»,

на соответствие требованиям к регистрации и при необходимости пройти дополнительные курсы и сдать экзамены. Такую проверку обеспечивает организация по подготовке психотерапевтов.

Обучение на психотерапевта состоит из трех частей.

— Терапевтические отношения: эффективное применение методов диагностики и интервенции.

— Психодиагностика и определение показаний для психотерапии.

— Интеграция различных направлений психотерапии.

Обучение осуществляется специалистами-практиками в форме ролевых игр, интервью, ориентированного на проблему образования и творческого представления темы.

Образование возможно в двух направлениях: 1) дети и подростки; 2) взрослые и пожилые. Для каждого из этих курсов есть два варианта: четырехлетний курс для дипломированных психологов, ортопедов (близко к дефектологам), специалистов системы психического здоровья и врачей и укороченный трехлетний вариант для имеющих регистрацию психологов системы здравоохранения. Обучение предполагает один день очных занятий раз в две недели.

Содержание программы (с сайта Rinogroup.nl).

1. Курс «Дети и подростки». Диагностика, психопатология и клинические рекомендации по лечению — Основы психотерапии — Работа с индивидом: направленные на клиента мышление и работа — Когнитивно-поведенческое терапевтическое мышление и работа — Психоаналитическое мышление и работа — Системное мышление и работа (вступление, углубленное изучение, пожилые и младенцы) — Диагностический процесс — Работа с группами — Работа с индивидом, углубленное рассмотрение (психотерапия и игра, терапия на основе ментализации, схема-терапия) — Ожидания от углубленного подхода и оценка — Ориентированное на проблему образование и интервью — Этика — Наука — Протоколы и профессия.

Общее количество часов: 580 (четырёхлетний курс) и 377 (трехлетний курс).

2. Курс «Взрослые и пожилые». Психодиагностика (методы, техники и модели) — Основы психотерапии: ведение беседы (разнообразные интервенции) — Групповые интервенции в начинающей группе — Выстраивание терапевтических отношений — Межличностный аспект: регуляция аффекта (экспериментальные интервенции, психодинамические интервенции) — Оценка себя в группе: индивидуальная обратная связь через членов группы — Межличностный аспект: когнитивная регуляция (психодинамические интервенции, КПТ-интервенции) — Межличностный аспект: регуляция поведения (КПТ-интервенции) — Система, партнерские отношения, системные интервенции — Групповые

интервенции в устоявшейся группе — Межличностный аспект: взаимоотношения (интервенции при поломке и разрыву взаимоотношений) — Определение показаний к терапии (концептуализация случая, отклонения от официальных рекомендаций) — Лечение согласно клиническим рекомендациям (первый и второй шаги в терапии из рекомендаций по лечению тревожных расстройств, расстройств настроения, личностных расстройств и ПТСР) — Определение клинических показаний (клинические конференции; концептуализация случая при стагнации в психотерапии) — Отработка профессиональных навыков — Этика — Наука и доказательные данные.

Общее количество часов: 580 (четырёхлетний курс) и 394 (трехлетний курс).

Практика. В рамках четырехлетнего обучения обучающийся вырабатывает на рабочем месте минимум 20 часов в неделю, что дает итоговый опыт работы в виде требуемых 3050 часов. Для укороченного курса требование практической работы составляет 1725 часов, т. е. минимум 16 часов в неделю в официально признанной практике.

Супервизия:

- 25 часов общей супервизии;
- 50 часов супервизии на 200 часов индивидуальной психотерапии в двух разных условиях;
- 25 часов супервизии на 100 часов с группами или системами;
- 25 часов супервизии на 100 часов психотерапии с детьми и подростками или пожилыми людьми;
- 25 часов супервизии на 100 часов психотерапии по выбору учащегося.

Учебная собственная терапия. Помимо этого, каждый обучающийся проходит 50 часов собственной учебной психотерапии у официально признанного учебного психотерапевта. Рекомендуется начинать проведение собственной психотерапии в первый год обучения.

Для справки

Психолог системы здравоохранения в Нидерландах — специализация после получения университетского образования по психологии уровня магистра. Предполагает дополнительное двухлетнее профессиональное образование, которое дает право работать во всех областях здравоохранения. Занимается лечением психических проблем (горе, зависимости, депрессия, тревога, фобии) и проблем, обусловленных жизненными обстоятельствами (тяжелая потеря, выгорание, проблемы во взаимоотношениях). Психолог системы здравоохранения может быть внесен в государственный регистр *BIG* и имеет право заниматься частной практикой.

Клинический психолог в Нидерландах — это специализированный психолог системы здравоохранения. Для получения квалификации после окончания магистратуры на психологическом факультете университета требуется дополнительное шестилетнее образование: два года последипломного обучения на психолога системы здравоохранения плюс четыре года обучения на клинического психолога по курсу «Взрослые и пожилые» или «Дети и подростки». Клинический психолог занимается диагностикой и лечением тяжелых и сложных психических проблем и расстройств, и осуществляет кризисные интервенции. Клинический психолог имеет регистрацию *BIG* и имеет право заниматься частной практикой.

Интегративная терапия — это прогрессивная форма психотерапии, сочетающая различные инструменты и подходы терапии, соответствующие потребностям отдельного клиента. Интегративная терапия отличается от эклектической терапии тем, что она использует техники, поддержанные научными исследованиями и доказавшими свою эффективность в лечении специфических расстройств, тогда как эклектическая терапия больше фокусируется на эффективности определенной техники и меньше озабочена наличием научных доказательств ее эффективности при специфических проблемах.

Составитель-переводчик: Елена Можжаева.

COUNSELORS AND PSYCHOTHERAPISTS ABROAD: EDUCATION AND QUALIFICATION REQUIREMENTS (ON THE EXAMPLE OF GREAT BRITAIN AND THE NETHERLANDS)

The presented materials touch upon the schooling of the counselors and psychotherapists abroad, namely, in Great Britain and the Netherlands, their place in the assistance systems, qualification requirements they face and education programs they can participate in. The digest is based on the current information from professional websites on the Internet. (Translated by Elena Mozhaeva).

For citation:

Counselors and Psychotherapists Abroad: Education and Qualification Requirements (on the Example of Great Britain and the Netherlands). *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2018. Vol. 26, no. 2, pp. 161—172. doi: 10.17759/cpp.2018260211. (In Russ., abstr. in Engl.).

СОБЫТИЯ
EVENTS

ПАМЯТИ ИСААКА ЯКОВЛЕВИЧА ГУРОВИЧА: РЕПОРТАЖ О СОВМЕСТНОМ ЗАСЕДАНИИ МОСКОВСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ РОП И РПА

Представляем репортаж о совместном заседании московских отделений Российского общества психиатров (РОП) и Российской психотерапевтической ассоциации (РПА). В ходе заседания рассматривались следующие темы: реорганизация психиатрической службы в Италии и применение этого опыта в российской системе психиатрической помощи. Эти темы перекликаются с научными целями И.Я. Гуровича, памяти которого было посвящено заседание.

28 марта 2018 г. в Московском НИИ психиатрии (филиал ФБГУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» Минздрава России) состоялось совместное заседание Московского регионального отделения РОП и Московского регионального отделения РПА. Заседание было посвящено памяти выдающегося отечественного психиатра Исаака Яковлевича Гуровича.

Сопредседатели: проф. *Сергей Николаевич Мосолов* (председатель Правления Московского регионального отделения РОП, д-р мед. наук, заслуженный деятель науки РФ, заведующий отделом терапии психических за-

Для цитаты:

Памяти Исаака Яковлевича Гуровича: репортаж о совместном заседании московских отделений РОП и РПА // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 2. С. 173—178. doi: 10.17759/cpp.2018260212

болевании МНИИП) и проф. **Алла Борисовна Холмогорова** (вице-президент РПА, д-р психол. наук, заведующая лабораторией психологического консультирования и психотерапии МНИИП, декан факультета консультативной и клинической психологии МГППУ).

Темы докладов.

1. Реформа психиатрии и основные принципы и направления работы реабилитационных центров в Италии: модель «Open Dialogue».

Докладчик: Рычкова Ольга Валентиновна — д-р психол. наук, профессор кафедры клинической психологии и психотерапии МГППУ, ведущий научный сотрудник Московского НИИ психиатрии (филиал ФБГУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского») Минздрава России.

2. Применение итальянского опыта психосоциальной реабилитации в реформировании реабилитационной службы на примере сотрудничества с ГБУ ПНИ № 22 г. Москвы.

Докладчик: Сиснева Мария Евгеньевна — психолог, юрист, член межведомственной рабочей группы по реформе психоневрологических интернатов при Министерстве труда и социального развития Российской Федерации.

Дискутант: Папсуев Олег Олегович — канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского НИИ психиатрии — филиала ФБГУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» Минздрава России.

Открыл заседание проф. **Сергей Николаевич Мосолов**. В своем вступительном слове он отметил, что совместное заседание двух обществ посвящено светлой памяти профессора Исаака Яковлевича Гуровича, недавняя кончина которого явилась большой утратой для всей отечественной психиатрии. Исаак Яковлевич являлся последним прямым учеником Самуила Григорьевича Жислина, создавшего оригинальную школу клинической психиатрии и воспитавшего целую плеяду выдающихся отечественных ученых (Н.Ф. Шахматов, Г.Я. Авруцкий, О.П. Вертоградова, А.И. Белкин и др.), которые на протяжении последних десятилетий определяли лицо и основные направления работы Московского НИИ психиатрии. И.Я. Гурович безусловно принадлежал к наиболее талантливым их представителям. Прежде всего следует подчеркнуть продолжавший жислиновские традиции тонкий клиницизм Исаака Яковлевича, поразительное умение общаться с больными так, чтобы максимально раскрыть симптоматику, увидеть главные признаки заболевания и предсказать его дальнейшее развитие. Именно поэтому его клинические разборы всегда пользовались популярностью у врачей, и мы все старались не пропустить их. В круг его научных интересов входили самые разнообразные, но всегда наиболее актуальные вопросы современной психиатрии: от чисто клинико-психопатологических проблем и вопросов терапии до организации психиатрической

помощи, социальной реабилитации и законотворчества. Сегодняшнее заседание посвящено актуальным зарубежным тенденциям и новым формам организации современной психиатрической помощи в Италии, т. е. тем вопросам, которые очень интересовали И.Я. Гуровича в последние годы.

Проф. **Алла Борисовна Холмогорова** в своем коротком вступительном слове подчеркнула роль Исаака Яковлевича Гуровича в поддержке психологических исследований в психиатрии и воссоздании в 1990-е гг. лаборатории патопсихологии МНИИ психиатрии (ныне лаборатория психологического консультирования и психотерапии), созданной еще Блюмой Вульфовой Зейгарник. Как декан факультета консультативной и клинической психологии МГППУ она также отметила, что организованная на факультете стажировка студентов имела целью изучение опыта итальянской реформы психиатрии, который представлен в докладах и имеет большое значение для дальнейшего совершенствования помощи психически больным в нашей стране, и налаживания взаимодействия специалистов в бригаде на основе биопсихосоциальной модели. Именно это на протяжении всей его профессиональной деятельности было главной целью Исаака Яковлевича Гуровича.

В начале заседания *заместитель директора по научной работе МНИИП д-р мед наук*, проф. **Александр Борисович Шмуkler** рассказал о жизненном пути проф. И.Я. Гуровича и подчеркнул его ведущую роль в развитии многих направлений в психиатрии: он активный проводник идей школы профессора Самуила Григорьевича Жислина, был одним из основных разработчиков в нашей стране научных основ психофармакотерапии; в дальнейшем много времени уделял организации психиатрической помощи, подчеркивая важность ее внебольничного раздела и, в частности, дневных стационаров. С его именем связана разработка «Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Он был одним из основных создателей и многие годы бессменным главным редактором журнала «Социальная и клиническая психиатрия», который, благодаря его усилиям, стал одним из ведущих профессиональных изданий в стране. Последние десятилетия Исаак Яковлевич уделял много внимания разработке концепции психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации в психиатрии, а также проблеме создания клиник первого психотического эпизода, которые получили значительный импульс к развитию, благодаря его усилиям. Открытый всему новому, он до последних дней оставался верен науке, ставя амбициозные задачи и побуждая своих учеников к их решению.

Ольга Валентиновна Рычкова была руководителем двухнедельной стажировки группы студентов факультета консультативной и клинической психологии МГППУ в одном из итальянских реабилитационных

центров. В своем докладе она кратко рассказала о реформе психиатрии в Италии и о впечатлениях от стажировки.

Интерес администрации и сотрудников факультета консультативной психологии и психотерапии МГППУ к возможности проведения стажировки группы студентов в сообществе «Futura» был связан с тем, что в период 1978—1991 гг. именно Италия провела самую радикальную реформу системы помощи психически больным. В соответствии со знаменитым законом №180 было радикально сокращено число коек в психиатрических стационарах, и на сегодняшний день оно на порядок ниже, чем в других странах, включая Россию. Лежащие в основе этой реформы идеи Франко Базалья гласили, что если психическое расстройство реально, нередко основано на биологических повреждениях, то социальная дезадаптация — во многом результат нарушенных взаимоотношений между человеком, страдающим таким расстройством, и его социальным окружением.

Опыт любого психически больного — это опыт постоянных, многочисленных, очень травматичных для него и его близких неудач. И этот опыт буквально отвращает его от социума, ведет к систематическому избеганию, накоплению дефицитов, чему особенно способствует длительное пребывание в условиях стационара. И именно поэтому альтернативная модель, опыт которой нам удалось изучить, основана на использовании для лиц с психическими расстройствами особой программы реабилитации, длительной, тщательно организованной, с продуманными требованиями и ожиданиями, исключающими повторение травматичного опыта неудач. И в обстановке поддержки, шаг за шагом, в приемлемом для пациента темпе, постепенно возвращаются уверенность в себе, желание общаться, трудиться, быть самостоятельным. Блещущие примеры такой работы нам удалось наблюдать.

И этот опыт вновь подтверждает важность и безальтернативность развития помощи психически больным в направлении реабилитации и социальной адаптации.

Мария Евгеньевна Сиснева — соруководитель этой стажировки — рассказала о применении итальянского опыта психосоциальной реабилитации в реформировании социально-реабилитационной службы ГБУ ПНИ № 22 г. Москвы.

Для разработки планов психосоциальной реабилитации было предложено использовать системный подход к реабилитации психологических и социальных компетенций, разработанный американским и израильским клиническим психологом, психотерапевтом Марком Спиваком и широко применяемый в реабилитационных центрах Италии и Израиля, предназначенных для психосоциальной реабилитации лиц с психическими заболеваниями и нарушениями развития. В исследова-

нии актуального уровня психологических и социальных компетенций лиц из экспериментальной группы (12 человек) и составлении их индивидуальных планов реабилитации приняли активное участие студенты Московского государственного психолого-педагогического Университета (факультета клинической и консультативной психологии).

Результаты эмпирического исследования применения системного подхода к реабилитации психосоциальных компетенций М. Спивака в условиях институционального стационарного учреждения (ПНИ) показали хорошую эффективность данного подхода в диагностике психологических и социальных дефицитов больных и разработке индивидуальных планов реабилитации, однако в некоторых аспектах реализации реабилитационной программы возникают затруднения и ограничения административного и юридического порядка, которые сложно решить на уровне институционального учреждения, связанные, в том числе, с недостаточностью персонала и его неготовностью к применению данного подхода. Тем не менее, многие реабилитационные мероприятия (психообразование, тренинг социальных компетенций, индивидуальное консультирование) уже осуществляются, а другие стартуют в ближайшее время. Первая оценка эффективности реабилитационной программы будет осуществлена в сентябре 2018 г.

Олег Олегович Пансуев подвел итоги дискуссии и кратко описал ход реформы психиатрической помощи в России.

В настоящее время в психиатрической службе в Российской Федерации происходят существенные изменения, связанные с принятым в 2012 г. новым Положением о психиатрической помощи. Появляются новые реабилитационные формы помощи, преимущественно во внебольничных условиях, которые должны взять на себя всю основную работу по реинтеграции людей с психическими расстройствами в общество на фоне продолжающегося сокращения стационарных коек. Профессор И.Я. Гурович обращал особое внимание на то, что, поскольку процесс деинституализации в России происходит позже, чем в развитых странах, у нас есть возможность учесть полученный опыт и не повторить ошибки. В этой связи опыт Итальянской психиатрической службы представляет особый интерес. Привлечение ресурсов сообщества, общественных, пациентских организаций позволяет формировать структуру психиатрической помощи в соответствие с потребностями и запросами пациентов и их семей. При этом особое значение следует уделять вопросам стигмы и борьбы с ней, как с основным тормозом развития и модернизации психиатрической службы в России.

В дискуссии приняли активное участие сотрудники Психиатрической больницы № 4 имени П.Б. Ганнушкина, а также студенты и выпускники факультета консультативной и клинической психологии МГППУ.

Закрыв заседание проф. **Сергей Николаевич Мосолов**, отметив, что совместное заседание привлекло широкую аудиторию и, судя по обилию вопросов и неформальной дискуссии, вызвало неподдельный интерес. Особенно было приятно большое присутствие молодежи. Действительно, проведенная в конце прошлого века в Италии реформа оказания психиатрической помощи с радикальной деинституализацией вызвала бурную реакцию в психиатрическом сообществе и в конце концов привела к распространению этих тенденций во всем мире, включая нашу страну и, в частности, московскую психиатрию. Но особый интерес безусловно представляют новые формы стационарозамещающей социально-психологической помощи с формированием персонафицированных реабилитационных программ. О внедрении подобных технологий в России неоднократно говорил и Иссак Яковлевич Гурович. Осмысление этого опыта с оценкой его положительных и отрицательных сторон, подготовка квалифицированных кадров и постепенное внедрение с учетом особенностей работы нашей психиатрической службы является актуальной задачей проводимой в Москве реформы.

IN THE MEMORY OF ISAAC YA. GUROVICH: THE JOINT SESSION OF THE MOSCOW OFFICES OF RUSSIAN SOCIETY OF PSYCHIATRISTS AND RUSSIAN PSYCHOTHERAPEUTIC ASSOCIATION

We present the report on the joint session of the Moscow offices of Russian Society of Psychiatrists and Russian Psychotherapeutic Association. The following topics were discussed during the session: reorganization of the psychiatric service in Italy and using this experience in the Russian system of psychiatric aid. These themes align with the scientific goals of I. Ya. Gurovich, who was commemorated during the session.

For citation:

In the Memory of Isaac Ya. Gurovich: the Joint Session of the Moscow Offices of Russian Society of Psychiatrists and Russian Psychotherapeutic Association. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2018. Vol. 26, no. 2, pp. 173—178. doi: 10.17759/cpp.2018260212. (In Russ., abstr. in Engl.).

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Холмогорова Алла Борисовна — доктор психологических наук, профессор

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Гаранян Наталья Георгиевна — доктор психологических наук, профессор

Зарецкий Виктор Кириллович — кандидат психологических наук, профессор

Майденберг Эмануэль (США) — доктор психологии, клинический профессор психиатрии

Польская Наталия Анатольевна — заместитель главного редактора, доктор психологических наук, профессор

Филиппова Елена Валентиновна — кандидат психологических наук, профессор

Холмогорова Алла Борисовна — главный редактор, доктор психологических наук, профессор

Шайб Питер (Германия) — доктор естественных наук, психотерапевт

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Бабин Сергей Михайлович — доктор медицинских наук, профессор

Бек Джудит (США) — доктор психологии, клинический профессор

Гулина Марина Анатольевна (Великобритания, Россия) — доктор психологических наук, профессор

Кадыров Игорь Максумович — кандидат психологических наук, доцент

Карягина Татьяна Дмитриевна — кандидат психологических наук, старший научный сотрудник

Копьев Андрей Феликсович — кандидат психологических наук, профессор

Кехеле Хорст (Германия) — доктор медицины, доктор философии, профессор

Лэнгле Альфريد (Австрия) — доктор медицины, доктор философии, почетный доктор, приват-доцент, профессор

Орлов Александр Борисович — доктор психологических наук, профессор

Осорина Мария Владимировна — кандидат психологических наук, доцент

Перре Майнрад (Швейцария) — доктор психологии, почетный профессор

Петренко Виктор Федорович — доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАН

Петровский Вадим Артурович — доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАО

Соколова Елена Теодоровна — доктор психологических наук, профессор

Сосланд Александр Иосифович — кандидат психологических наук, доцент

Тагэ Сэфик (Германия) — доктор медицины, психолог

Щелкова Ольга Юрьевна — доктор психологических наук, профессор

Эйдемиллер Эдмонд Георгиевич — доктор медицинских наук, профессор

Требования к материалам, предоставляемым в редакцию¹

1. Материалы предоставляются в редакцию в электронном виде (по электронной почте или на электронных носителях). Адрес электронной почты журнала: moscowjournal.cpt@gmail.com

2. Объем материала не должен превышать 50 тыс. знаков.

3. Оформление материала: шрифт Times New Roman, 14, интервал 1,5. Ссылки на литературные источники внутри текста оформляются в виде номера источника из списка литературы в квадратных скобках.

4. Кроме текста статьи должна быть предоставлена также следующая информация:

аннотация статьи (1000—1200 знаков) на русском и английском языках;

ключевые слова на русском и английском языках;

пристаетные библиографические списки. Подробные рекомендации и требования к оформлению списка литературы и транслитерации представлены на сайте: http://psyjournals.ru/files/69274/references_transliteration_rules.pdf

5. Информация об авторах:

ФИО, страна, город, ученое звание, ученая степень, место работы, должность, членство в профессиональных сообществах и ассоциациях, научные интересы, дата рождения, контактная информация (тел., факс, e-mail, сайт), фото в электронном виде (100 × 100, 300 dpi).

В случае если материал предоставляется несколькими авторами, необходимо предоставить информацию обо всех авторах.

6. Рисунки, таблицы и графики необходимо дополнительно предоставлять в отдельных файлах. Рисунки и графики должны быть в формате *.eps или *.tiff (с разрешением не менее 300 dpi на дюйм). Таблицы сделаны в WORD или EXCEL.

Редакционные правила работы с материалами

1. Публикация в журнале является бесплатной.

2. Материалы, поступившие в редакцию, проходят обязательное рецензирование.

3. Решение о публикации принимается редколлегией на основании отзывов рецензентов.

4. Рецензентов назначает редколлегия журнала.

5. В случае отрицательных отзывов рецензентов автору направляется письменный обоснованный отказ.

6. Несоответствие материалов формальным требованиям (http://psyjournals.ru/info/homestyle_guide/article_requirements.shtml) является основанием для отправки материала на доработку автору.

¹ С требованиями к оформлению статей можно ознакомиться на сайте: http://psyjournals.ru/info/homestyle_guide/index.shtml