Ніжинський державний університет
імені Миколи Гоголя

ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІІТАЦІЇ

Хрестоматія

Упорядник:
І. В. Кошова

Ніжин
2017

УДК 159.99:364.2(076.8)
ББК 88.492+65.272я73-5
К76

Рекомендовано вченою радою
Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя
(НДУ ім. М. Гоголя)
Протокол № 12 від 23.05.2017 р.

Рецензенти:

Папуча М. В. – завідувач кафедри загальної та практичної психології Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя, доктор психологічних наук, професор;

Литовченко Н. Ф. – доцент кафедри загальної та практичної психології Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя, кандидат психологічних наук.

К76 **Основи** психологічної реабілітації : хрестоматія / Упоряд. І. В. Кошова. – Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2017. – 303 с.

У хрестоматії зібрано фрагменти робіт, що розкривають теоретичні та практичні аспекти психологічної реабілітації, як складової комплексної системи реабілітації.

Книга буде цікавою викладачам та студентам, що опановують фах "Психологія" та "Практична психологія" та всім, кого хвилюють проблеми психічного та тілесного здоровя та його відновлення.

© І. В. Кошова, укладання, 2017
© НДУ ім. М. Гоголя, 2017

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА 5

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 1.
ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ ТА ІСТОРИЧНИЙ РОЗВИТОК РЕАБІЛІТОЛОГІЇ. ПРЕДМЕТ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПСИХОЛОГІЇ 7

Трошин О. В., Жулина Е. В., Кудрявцев В. А. Теоретические основы реабилитации 7
Карвасарский Б. Д. Психотерапия, психопрофилактика и реабилитации 9
Цубер Й, Вейс Й., Кох У. Психологические аспекты реабилитации 14
Смычёк В. Б. Основные принципы реабилитации 20
Исаева Е. Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни 28
Никифоров Г.С. Концепции психической саморегуляции 54
Пергаменщик Л.А. В поисках кода выживания 78
Лаад М. Стресс и его преодоление: история вопроса 86
Скрипченко Е. С. О природе детской мотивации 95
Джонсон В. Убеждение химически зависимых 98
Семенова Н. Д. Методика для мотивирования пациентов к психосоциальной реабилитации 131
Роджерс К. Несколько гипотез, касающихся помощи в росте личности 140
Роджерс К. Эмпатия 144

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 2.
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ РІЗНИХ СОЦІАЛЬНИХ ГРУП 147

Кулагина И. Ю., Сенкевич Л. В. Реабилитационный потенциал личности при различных хронических заболеваниях 147
Кабанов М. М. Реабилитация в контексте психиатрии 156
Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая среда и психотерапевтическое сообщество 159
Іванов В. О. та ін. Принципи роботи амбулаторної соціально-психологічної реабілітації осіб залежних від алкоголю 169

Валентик Ю., Ю. Валентик Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами 190
Сирота Н., Ялтонский В. Основы психологической реабилитации лиц, зависимых от алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ. Профилактика рецидивов 201
Зыков О. В. Программа "12 Шагов" сообщества "Анонимные Алкоголики" 214
Конторович В. А., Анцупова Г. Л. Метод психологического дебрифинг в комплексной системе социально-психологической реабилитации ранений 224
Логинова Е. Т. Семейные реабилитационные стратегии для детей с ограниченными возможностями здоровья 231
Шевелева Д. Е. Инклюзивное образование как фактор педагогической реабилитации 239
Акимова О. И. Инклюзивное образование как современная модель образования 242
Профессия тьютор 245
Єрц Ю. М. Включение детей с РАС в общеобразовательную среду 255
Водопьнова Н. Е. Синдром "психического выгорания" в коммуникативних профессиях 262
Лазос Г. П., Литвиненко Л. І. Психологічна підтримка волонтерів, що працюють з постраждалими 281
Робертс Г. Профилактика выгорання 294

ПЕРЕДМОВА

Останні роки спостерігається зростання інтересу фахівців в галузі практичної психології до проблеми психологічної реабілітації особистості. Усвідомлення суспільством необхідності та доцільності реабілітації, зокрема психологічної, відображає як інтенсивний розвиток практичної психології, перш-за-все у формі психологічної допомоги особистості, так і загальні тенденції демократизації у розвитку суспільства та виклики, які постають перед нами як громадянами нашої країни.

Термін "реабілітація" прийшов медицину та психологію із юриспруденції і означав "відновлення в судовому чи адміністративному порядку в попередніх правах "неправильно опороченного", а перекладі з латини re – знову +habilis – зручний, пристосований, але досить довго реабілітація розглядалася більше як комплекс медичних заходів (як "відновлювальне лікування"). Однак виклики сучасності, зокрема проблеми соціально-трудового відновлення інвалідів після Другої світової війни, що мали масовий характер, показали необхідність вирішення не лише медичних, але й психологічних, соціальних та інших проблем. Своєрідність сучасної соціально-економічної та соціально-політичної ситуації показує, що розширюється спектр ситуацій та соціальних груп, які потребують психологічної допомоги по відновленню психічних здатностей, що були втрачені. Коли десь зовсім поряд чи в іншій країні чи навіть далеко в світі відбуваються трагічні події, ми, психологи, намагаємося простягнути руку допомоги людям, що потрапили в біду, підтримуючи їх як людина людину, надаючи їм як психологічну допомогу, так і соціальну підтримку, поважаючи їх людську гідність та враховуючи їх реальні можливості, допомагаючи знайти і власні ресурси для подолання негативних наслідків кризових станів та піклуючись про власну безпеку та безпеку оточуючих. Однак, як у психології , так і медицині можливості сучасної реабілітології до кінця не оцінені, що вимагає посилення уваги як до теоретичних аспектів цього виду діяльності, так і до практичного застосування вже накопичених знань.

Від сучасного психолога як спеціаліста в галузі психологічних знань очікується не тільки розуміння та знання психологічних та соціальних складових процесу відновлення, реадаптації, адаптації, компенсації людини, що реабілітується, але й застосування цих знань на практиці. Тому спеціально підібрані у даному виданні тексти вітчизняних та зарубіжних фахівців у галузі психологічної реабілітації, містять науково обґрунтовані дані про теорію та практику

психологічної реабілітації. Ознайомлення з основними психологічними проблемами відбувається без акцентування на конкретних психологічних підходах, що дає можливість показати студентам як різноманітність напрямків у психології, так і можливості їх інтеграції. Вибір текстів для "Хрестоматії" був нелегкою стравою, оскільки інформація про практику реабілітаційної допомоги розпорошена в різних джерелах, а текстів, які б узагальнено та комплексно висвітлювали проблему психологічної реабілітації поки що не так багато. У навчальний посібник включено статті із психологічних журналів, збірників, наукових праць та уривки із монографій. Збережено авторські назви текстів, логіку. Представлені у хрестоматії матеріали розділено у два розділи, починаючи із загальних понять та закінчуючи роботами, що присвячені практиці психологічної допомоги окремим групам реабілітованих.

Посібник покликаний сприяти становленню професійної позиції майбутніх практичних психологів та закликає їх до вивчення "гарного і корисного", що і означає переклад з грецької слова "хрестоматія"

РОЗДІЛ 1.
ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ ТА ІСТОРИЧНИЙ РОЗВИТОК РЕАБІЛІТОЛОГІЇ. ПРЕДМЕТ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

Трошин О. В., Жулина Е. В., Кудрявцев В. А.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Под *реабилитацией* понимают весь комплекс мероприятий, помогающих людям с физическими дефектами и хроническими заболеваниями адаптироваться к требованиям школьного обучения, профессиональной и общественной жизни. Реабилитационные мероприятия необходимы, когда из-за острого заболевания, травмы, других повреждений на ранних этапах развития ребенка остаются функциональные нарушения. По мере прогрес-сирования хронических заболеваний и их соматических, психических и социальных последствий реабилитация приобретает все более важное значение.

Реабилитационные мероприятия первоначально были применены при состояниях дефекта. Понятие "дефект" применяется в разных значениях, поэтому требуется дать его определение.

Дефектом, согласно определению ВОЗ (1980), называют "обусловленное повреждением ограничение функций и связанное с этим нарушение социального функционирования".

Для большинства дефектов характерна *триада компонентов:* повреждение, функциональное ограничение и нарушение социального функционирования. Под ограничением функций понимают любое, связанное с повреждением ограничение способностей и деятельности, являющихся для человека нормой, или их отсутствие. Ограничение социального функционирования связано с отрицательным воздействием повреждения или функционального ограничения на ролевое поведение индивида, по сравнению с нормами, соответствующими его возрасту, полу и социокультурной принадлежности.

Общая *цель реабилитации* состоит в том, чтобы совместными усилиями помочь человеку с физическими, психическими или психологическими ограничениями, обусловленными болезнью, врожденной патологией или экзогенными повреждениями после лечения острого состояния с помощью комплексных мероприятий медицинского, педагогического, профессионального и общесоциального характера,

найти свое место в обществе или вернуться к тому образу жизни в повседневной, общественной или профессиональной сфере, которого он достоин.

К сожалению, эта цель во многих случаях недостижима. Однако нужно использовать все мероприятия, которые могут служить ее осуществлению. Решающим для успеха реабилитационных мероприятий является *время* их начала. В настоящее время существует единое мнение, что их надо вводить относительно рано, т.е. начинать не тогда, когда дефект уже сформировался, а когда уже имеется опасность его формирования.

Перед врачом в связи с реабилитацией психически больных детей и подростков встают следующие вопросы: Имеется ли повреждение или угроза его возникновения? привело ли повреждение к ограничению функций или есть опасность этого? К каким нарушениям социального функционирования привело повреждение или ограничение функций? Требуется ли проведение медицинских, педагогических, профессиональных или социальных мероприятий с целью реабилитации?

Реабилитационные мероприятия направлены на достижение следующих целей: развитие сохранных функций путем их активации и тренировки, заместительных функций и способностей, компенсация возникших функциональных ограничений.

Различают меры медицинской, педагогической, профессиональной и социальной реабилитации.

Медицинская реабилитация. При многих заболеваниях и дефектах она находится на первом месте. К ее сфере относятся многие мероприятия – от протезирования до пробных нагрузок и трудотерапии.

Учебно-педагогическая реабилитация. Она осуществляется при врожденных или приобретенных в детском возрасте дефектах. Многие дети и подростки с рано приобретенными повреждениями ограничены в способности к обучению, концентрации внимания. Учебно-педагогическая реабилитация пытается уменьшить влияние дефекта с помощью соответствующей помощи в учебе и адекватного дидактического процесса.

Профессиональная реабилитация. Проводится после успешного завершения медицинской и педагогической реабилитации. Она начинается с профессионального тренинга, пробной профессиональной деятельности и подготовки, включает профессиональное образование, в зрелом возрасте при необходимости приобретение новой профессии.

Социальная реабилитация. Она направлена на личностные, семейные и общественные изменения, возникшие в результате повреждения, и ее целью является социализация или возвращение ребенка или подростка, страдающего тем или иным дефектом, в социум и максимальное включение его в межличностные и общественные отношения.

В отечественных правовых документах общепринятыми являются термины "инвалид" и "лицо с ограниченными возможностями здоровья".

Инвалид – это человек, имеющий нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленные заболеванием, последствиями травм или дефектами, приводящими к ограничениям жизнедеятельности и вызывающими необходимость социальной защиты.

В социологическом понимании *здоровье* – это процесс сохранения и развития психических, биологических, физиологических функций человека, его оптимальной трудоспособности и социальной активности при максимальном сохранении продолжительности активной жизнедеятельности. В этом контексте понятия "человек с ограниченными возможностями здоровья", "человек с ограниченными возможностями жизнедеятельности" достаточно корректны для использования в правовой, социологической и, возможно, образовательной среде.

Ограничение жизнедеятельности – это полная или частичная утрата индивидуумом способности или возможности самообслуживания, самостоятельного передвижения, ориентировки, общения, контроля своего поведения, обучения и трудовой деятельности

Трошин О. В., Жулина Е. В., Кудрявцев В. А. Основы социальной реабилитации и профориентации : учебное пособие. – М. : ТЦ Сфера, 2005. – С. 12–15.

Карвасарский Б. Д.

ПСИХОТЕРАПИЯ, ПСИХОПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Психотерапия как один из методов психологического вмешательства находится в сложном психопрофилактическом, терапевтическом и реабилитационном комплексе помощи при различных видах

нарушений. Применение конкретных форм и методов психотерапии зависит от характера психопрофилактических и реабилитационных мероприятий.

Психопрофилактика является областью психиатрии, а в более широком контексте – разделом общей профилактики. Она разрабатывает и внедряет в практику меры по предупреждению психических заболеваний и их хронизации, а также способствует реабилитации психически больных. Отмечается тесная связь понятий психопрофилактики и психогигиены. Их разграничение (особенно первичной психопрофилактики и психогигиены) достаточно условно. Основным отличием является разная направленность этих дисциплин. Психогигиена главной своей целью имеет сохранение, укрепление и улучшение психического здоровья путем организации надлежащей природной и общественной среды, соответствующего режима и образа жизни, а психопрофилактика направлена на предупреждение психических расстройств. Отличие психогигиены и психопрофилактики заключается в объекте их исследования и практического применения. Психогигиена направлена на сохранение психического здоровья, а психопрофилактика занимается субклиническими и клиническими нарушениями […]

Выделяют *первичную, вторичную* и *третичную* психопрофилактику. Первичная психопрофилактика включает мероприятия, препятствующие возникновению нервно-психических расстройств. Вторичная психопрофилактика объединяет мероприятия, направленные на предупреждение неблагоприятной динамики уже возникших заболеваний, их хронизации, на уменьшение патологических проявлений, облегчение течения болезни и улучшение исхода, а также на раннюю диагностику. Третичная психопрофилактика способствует предупреждению неблагоприятных социальных последствий заболевания, рецидивов и дефектов, препятствующих трудовой деятельности больного. Существуют и другие взгляды на психопрофилактику: психопрофилактика складывается из общих мероприятий, направленных на повышение уровня психическою здоровья населения, и специфической части, которая включает раннюю диагностику (первичный уровень), сокращение числа патологических нарушений (вторичный уровень) и реабилитацию (третичный уровень).

Психопрофилактика находится в тесной взаимосвязи с другими дисциплинами. В психопрофилактической деятельности принимают участие представители разных профессий – врачи, психологи, педагоги, социологи, юристы. Привлечение к разработке и осуществлению психопрофилактических мероприятий тех или иных специалистов и

их вклад зависит от вида психопрофилактики. Так, для первичной психопрофилактики особенно значимы психогигиена и широкие социальные мероприятия по ее обеспечению: борьба с инфекциями, травмами, патогенными воздействиями окружающей среды, вызывающими те или иные нарушения психики. К задачам первичной психопрофилактики относится также определение групп лиц с повышенной угрозой заболевания или ситуаций, несущих в себе угрозу вследствие повышенного психическою травматизма, и организация психопрофилактических мер по отношению к этим группам и ситуациям. Здесь важную роль играют такие дисциплины, как медицинская психология, педагогика, социология, юридическая психология и др., позволяющие осуществить превентивные меры в отношении семейных конфликтов, правильное воспитание детей и подростков, организационные и психотерапевтические мероприятия в остроконфликтных ситуациях (с помощью кризисной интервенции), профилактику профессиональной вредности, правильную профессиональную ориентацию и профессиональный отбор, прогнозирование возможных наследственных заболеваний (медико-генетическое консультирование). Во вторичной психопрофилактике ведущую роль играет комплексная фармако- и психотерапия. При третичной психопрофилактике основное значение приобретает социальная реабилитация.

[…] Важную роль в развитии психопрофилактики играют совершенствование структуры и увеличение числа различных практических психиатрических, психотерапевтических и психологических учреждений (дневных стационаров, ночных профилакториев, психотерапевтических кабинетов, кризисных центров, психологической службы по телефону и т. п.), а также совершенствование методов диагностики и лечения больных с начальными, легкими формами психических расстройств.

Современная концепция *реабилитации* больных и инвалидов берет свое начало с разработки ее принципов и практического применения в Англии и США во время Второй мировой войны. Наиболее содержательное и полное определение реабилитации принято на 9-м совещании министров здравоохранения и социального обеспечения восточно-европейских стран, согласно которому реабилитация является системой государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество и к общественно-

полезному труду. Реабилитация представляет собой сложный процесс, в результате которого у пострадавшего формируется активное отношение к нарушению его здоровья и восстанавливается положительное восприятие жизни, семьи и общества.

Реабилитация включает профилактику, лечение, приспособление к жизни и труду после болезни, но прежде всего – личностный подход к больному человеку (Кабанов). В настоящее время принято различать медицинскую, профессиональную и социальную реабилитацию.

При психических заболеваниях реабилитация имеет свои особенности, связанные в первую очередь с тем, что при них, как ни при каких других болезнях, происходят серьезные нарушения личности, ее социальных связей и отношений. Реабилитация психически больных понимается как их ресоциализация, восстановление или сохранение индивидуальной и общественной ценности больных, их личного и социального статуса. Кабанов относит к основным принципам реабилитации партнерство, разносторонность усилий, единство психосоциальных и биологических методов, ступенчатость прилагаемых усилий, проводимых воздействий и мероприятий. Ее этапами являются восстановительная терапия, реадаптация, реабилитация в собственном смысле этого слова. Реабилитация представляет собой одновременно цель (восстановление или сохранение статуса личности), процесс, имеющий нейрофизиологические и психологические механизмы, и метод подхода к больному.

Наиболее адекватно целям реабилитации (также как и психопрофилактики) служит психотерапия. Смягчение проявлений и течения психических заболеваний и расширение возможностей современного психофармакологического лечения способствовало возрастанию роли и повышению эффективности психотерапевтического воздействия. При этом "точкой приложения" психотерапии, в отличие от биологических методов лечения, является не сам патологический процесс (хотя его зависимость от эмоциональных факторов и деятельности человека бесспорна), а личность пациента и система его отношений к действительности.

Вопрос о соотношении индивидуальной и групповой психотерапии при проведении реабилитации может решаться в сторону повышения интенсивности как той, так и другой. Индивидуальная работа с больным важна для выявления основной внутри- и межличностной проблематики, формирования мотивации к эффективному участию в групповых занятиях, коррекции реакций на ситуации группового взаимодействия. Групповая психотерапия во всех ее многочисленных

вариантах может рассматриваться как наиболее адекватный метод реабилитации (ресоциализации) больных не только неврозами, но и психозами. В условиях группы осуществляется одновременное влияние на все основные компоненты отношений – познавательный, эмоциональный и поведенческий: достигается более глубокая перестройка важнейших свойств личности, к которым относятся сознательность, социальность и самостоятельность. Групповая психотерапия способствует восстановлению системы отношений больных с микросоциальным окружением, приведению ценностных ориентации в соответствие с образом жизни, то есть решению тех первоочередных задач, без которых невозможно успешное социальное функционирование пациента. Можно выделить два вида групповых методов психотерапии и социотерапии в реабилитации:

1. Терапевтические вмешательства, направленные на социальное поведение больного, его коммуникабельность, способность к самореализации, разрешению психологических и преодолению социальных конфликтов. Они объединяют группы: разговорные, проблемных дискуссий, психомоторные, коммуникативные, арт- и музыкотерапии, а также семейную психотерапию.

2. Оптимальная организация социальной структуры коллектива пациентов, имеющая в своей основе так называемые средовые группы: совет и собрания больных, функциональные группы, коллективные экскурсии, клуб пациентов и т. п.

В зависимости от стадии развития, типа течения и формы психического заболевания меняется соотношение сомато-биологических и индивидуально-психологических факторов в формировании картины болезни, в различной степени страдают способности больного к самореализации и к установлению адекватных межличностных отношений. Соответственно этому должно меняться не только место психосоциальных методов в структуре реабилитации, но и сами методы, а также конкретные задачи.

Цели психотерапевтической работы достижимы тогда, когда учитывается активность патологического процесса, психическое состояние больного, его личностные характеристики, особенности непосредственного социального окружения, индивидуальные жизненные условия и прогноз. В зависимости от этого должен решаться вопрос о допустимой глубине вмешательства в сферу значимых отношений и о перестройке малоэффективных, но сложившихся форм психологической компенсации. Практика дает немало примеров срыва адаптации и обострения болезненного состояния при неразумном вскрытии и обсуждении психологических и социально-психологических проблем, имеющих неразрешимый для пациента характер.

Таким образом, психотерапия вместе с социотерапией, фармакотерапией, трудовой терапией и др. составляют единый комплекс психосоциальных методов, сочетанное применение которых на клинически дифференцированной основе является решающей предпосылкой достижения эффективного социального и трудового восстановления пациентов, оптимизации их личностного развития. Можно говорить лишь о смещении акцента в сторону психотерапии на различных этапах реабилитации. […]

Карвасарский Б.Д. Психотерапия : учебн. – С. 323–326.

Цубер Й, Вейс Й., Кох У.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

[…]

Понятия "недостаточность" и "реабилитация", а также цели реабилитации

Бинтиг […] предлагает следующее рабочее определение понятия *недостаточность*: "Наличие относительно тяжелого, продолжительного, но принципиально поддающегося реабилитации нарушения – соматического, умственного, психического либо затрагивающего органы чувств, – которое субъективно или объективно затрудняет жизнь и может иметь следствием отклоняющееся поведение". В этом определении ясно выражено, что недостаточность характеризуется не только самим нарушением, но и его следствиями, его переработкой самим индивидом, а также реакцией социального окружения. В этом всеобъемлющем понятии учтены, кроме того, и три аспекта, отмеченных в определении недостаточности, предложенном ВОЗ, а именно: *поражение (impairment), функциональное ограничение (disability)* и *социальное нарушение (handicap) [..]*.

Классификация видов недостаточности может быть самой разной (ср. Brackhane, 1988). Так, Федеральное общество по реабилитации подразделяет недостаточность на физическую, умственную и психическую, а, например, Йохейм (Jochheim, 1979) различает в аспекте функционального ограничения не менее 80 различных видов недостаточности, придавая особое значение таким главным категориям, как поведенческие ограничения, коммуникативные ограни-

чения, ограничения в реализации повседневных задач, двигательные ограничения.

Усилия, направленные на то, чтобы предотвратить превращение болезни или недостаточности в стойкое нарушение личностных, социальных и профессиональных условий жизни или, если это невозможно, свести эти последствия к минимуму, называются реабилитацией.

Одной из целей реабилитации, признаваемой многими специалистами, является социальная интеграция больного или неполноценного человека, что означает по возможности его более активное участие в жизни общества. Причем понимать социальную интеграцию надо не как одностороннее приспособление неполноценного человека к обществу, но и как соответствующее формирование окружающей среды, направленное на облегчение его жизни. Социальную интеграцию часто следует считать величиной относительной, так как во многих случаях можно достичь лишь частичного участия в жизни общества.

Многие определения исходят из сниженной трудоспособности такого индивида и соответствующих последствий для процесса общественного производства. Подобная реабилитация, нередко ориентированная на принцип целесообразности, находит свое отражение в таких лозунгах, как "реабилитация до пенсии" или "реабилитация как ключ к постоянному месту работы" (ср. Stegie & Koch, 1982).

Правовые основы

Современная практика реабилитации в Германии в большой мере определяется целым рядом законов по реабилитации, которые регулируют подведомственность различных реабилитационных услуг. Вот шесть носителей этих услуг: страхование на случай болезни, страхование от несчастных случаев и пенсионное страхование, обеспечение инвалидов войны, Федеральное ведомство по вопросам труда, и наконец, социальная помощь. При этом социальная помощь вступает в силу только тогда, когда ни неполноценный человек, ни кто-либо из других носителей социальных услуг не могут возместить плату за реабилитацию. Реабилитационный уравнивающий закон направлен на то, чтобы выровнять услуги разных ведомств, регулировать полномочия и обеспечить непрерывность реабилитации. Для неполноценных лиц составляется общий план реабилитации, и их обязанность – содействовать этому плану.

Система медицинской, профессиональной и школьной реабилитации

Судя по всему, в Германии имеется единственная в своем роде система медицинской, школьной и профессиональной реабилитации (см. табл. 23.1).

Таблица 23.1

Спектр реабилитационных мероприятий

Медицинские услуги	В том числе врачебные и зубоврачебные услуги, лекарственные и перевязочные средства, лечебная гимнастика, двигательная, речевая и трудовая терапия, протезирование
Услуги в профессиональной сфере	В том числе помощь в получении или сохранении рабочего места, в выборе профессии, в профессиональной адаптации
Услуги по общей социальной интеграции	В том числе содействие в получении адекватного школьного образования для неполноценных лиц, по как можно более активному участию в общественной жизни
Дополнительные услуги	В том числе деньги на тот "переходный" период, пока человек не устроится на работу, взносы законного социального страхования, помощь в ведении домашнего хозяйства

Хотя в *медицинской реабилитации* можно выделить стационарную, полустационарную и амбулаторную реабилитацию, большая часть услуг предоставляется в рамках стационарной реабилитации. Стационарные медицинские реабилитационные мероприятия в небольшой степени осуществляются уже во время пребывания в больнице, когда, например, обычное лечение дополняется лечебной гимнастикой, двигательной терапией или трудотерапией. Но все-таки чаще всего медицинская реабилитация проводится в санаторных и специальных учреждениях. Спектр предложений медицинских реабилитационных учреждений очень широк: от так называемого свободного общественного курортного лечения в курортных пансионатах и до лечения в санаториях, курортных клиниках и специальных клиниках.

Профессиональная реабилитация означает профессиональную и социальную интеграцию, или реинтеграцию, больных и неполноценных лиц. На институциональном уровне для достижения этих целей были созданы 49 мастерских, предназначенных для первичного обучения подростков с физической либо умственной недостаточностью, и 28 предприятий по профессиональному содействию – для

обучения взрослых. Кроме этого, имеется 632 мастерские для неполноценных лиц, где предоставляются охраняемые законом рабочие места, в основном умственно отсталым и частично психически больным (ср. раздел 2.3), которые не могут найти работу на общем рынке труда. К предприятиям с профессиональным обучением примыкают специальные службы по медицинскому, психологическому, педагогическому и социальному обслуживанию. По закону, при планировании мероприятий по профессиональной реинтеграции или переориентации следует адекватно принимать во внимание пригодность, склонность и предшествующую деятельность человека.

Дошкольная и *школьная реабилитация* неполноценных детей и подростков происходит в неплохо разработанной, но отделенной от обычного школьного образования системе специализированных учреждений, в которой можно выделить десять типов школ в зависимости от вида недостаточности. В последние годы общество стремится к тому, чтобы интегрировать неполноценных детей и "нормальных" детей и подростков. Такая интеграция позволила бы, в частности, ликвидировать социальные барьеры между неполноценными и "полноценными" людьми.

Услуги в рамках медицинской, профессиональной и школьной реабилитации предоставляются разными профессиональными группами. Верль (Wöhrl, 1988) выделяет шесть профессиональных групп в реабилитации: медицинская и терапевтическая, уход и обслуживание, технически-ремесленная, психосоциальная, педагогическая, а также консультирующая и представляющая профессиональные интересы. Важной предпосылкой успешной реабилитации является способность этих профессиональных групп к совместной работе.

В последние годы система реабилитации все чаще подвергалась критике в отношении ее эффективности (ср. Koch & Haag, 1988). Больше всего критикуется то обстоятельство, что хотя индивид получает самую разнообразную помощь, однако эта помощь лишь условно соответствует его субъективным потребностям. Основные пункты для критики следующие:

- Сильно выраженная институционализация системы реабилитации.
- Слишком позднее назначение медицинских и профессиональных реабилитационных мероприятий.
- Отсутствие амбулаторных реабилитационных мероприятий.
- Недостаточно развитые связи между медицинской и профессиональной реабилитацией.
- Отсутствие оценки реабилитационных мероприятий […]

Амбулаторная реабилитация

Для улучшения системы медицинской реабилитации представляется целесообразным разрабатывать амбулаторные и полустационарные реабилитационные услуги. На правовом уровне это выражается в том, что если прежде регулируемые законом пенсионные страхования, будучи самыми крупными носителями реабилитации, оказывали медицинские услуги по реабилитации […] принципом "прежде всего стационарно", то теперь эта ориентация сменилась предпочтением амбулаторной реабилитации […]. При этом подразумевается, что по крайней мере часть пациентов, лечившихся стационарно, может лечиться амбулаторно и что амбулаторные реабилитационные услуги требуют меньше расходов нежели стационарные. Помимо этого, в тех же целях планируется сократить пребывание в стационаре за счет последующих амбулаторных мероприятий. Кроме соображений затрат можно говорить об улучшении качества реабилитационного обслуживания за счет амбулаторных услуг, так как последние более сильно ориентированы на местожительство и больше используют потенциал самопомощи, а значит, возникает возможность лучшего использования всех имеющихся местных форм помощи – медицинской, профессиональной и социальной, и таким образом достигается цель интеграции в обществе […].

Психосоциальная реабилитация и реабилитационная психология

В противоположность медицинской, профессиональной и школьной реабилитации *психосоциальная реабилитация* не имеет в своем распоряжении налаженной сети учреждений общественных, церковных и частных носителей. Ведь психосоциальная реабилитация, отделенная от других областей, вряд ли имеет смысл и противоречила бы интегрированному реабилитационному подходу. В 70-х и 80-х гг. в рамках медицинской, профессиональной и школьной реабилитации постепенно создавались психологические службы, которые, однако, не обладают достаточной мощностью для удовлетворения существующего спроса. При этом нельзя не отметить, что психосоциальные услуги в реабилитации предоставляются не только психологами. Психологическое мышление должно присутствовать во всех сферах реабилитации. Кроме того, в это же время *реабилитационная психология* выделилась как частная научная психологическая дисциплина (ср. Koch, Lucius-Hoene & Stegie, 1988). […]. И если на теоретическом уровне профиль реабилитационной психологии как самостоятельной дисциплины еще выражен нечетко, в практике реабилитации для психологов существует многообразное и

широкое поле задач. Деятельность реабилитационных психологов определяется почти всеми частными дисциплинами психологии, особенно общей, педагогической и клинической психологией, а также психологией развития, труда и социальной психологией. При этом в некоторых практических сферах реабилитационной психологии происходит пересечение компетенций с клинической психологией и психологией труда. Главные задачи психосоциальной реабилитации Витте (Witte, 1988) видит в регуляции отношений между неполноценным человеком и окружающим его миром. В смысле реаккомодации психологическая помощь должна содействовать повышению чувства собственной ценности и уверенности в себе у неполноценных лиц. Наряду с этим необходима и работа по реассимиляции, т. е. работа по формированию нового окружающего мира, который бы представлял собой оптимальное жизненное пространство применительно к потребностям и возможностям неполноценных лиц.

Если весь процесс реабилитации в медицинском, профессиональном и социальном аспектах подразделить на четыре фазы, то для каждой фазы можно определить свои психологические задачи.

В *острой фазе*, с акцентом на мероприятиях медицинской реабилитации, ставятся психодиагностические задачи, а также целесообразны психологические и психотерапевтические беседы, например для ослабления депрессивных реакций или для мотивации пациентов к активному поиску возможностей решения. В фазе *подготовки к реабилитации* и *поиска форм реабилитации* на первом плане стоят разнообразные психодиагностические задачи, такие как помощь в планировании дальнейших реабилитационных мероприятий (например, выбор профессии). Кроме того, в это же время часто также принимается решение о необходимых поддерживающих психотерапевтических мероприятиях. Фаза *профессиональной и школьной реабилитации* характеризуется психологическими мероприятиями, которые служат сопутствующей диагностике, облегчению процессов учения и образования и психической поддержке посредством консультирования и терапии. В последней фазе реабилитации, *социальной и профессиональной интеграции*, психолог должен помочь человеку найти свое место в жизни после окончания реабилитационных мероприятий. Структурные особенности немецкой системы реабилитации, особенно дефицит децентрализованной амбулаторной реабилитационной помощи, чаще всего препятствуют психологическим мероприятиям в этой стадии.

Рабочие техники психолога в реабилитации – будь-то в области психологической диагностики или оценки, в консультировании или

психотерапии – ни в коем случае не специфичны; специфичны скорее адресаты этой помощи, их проблемы и те условия, при которых должны оказываться эти услуги: неполноценные люди и тяжелобольные, их многообразные жизненные ограничения и чаще всего – институциональные рамки (ср. Janzowski, 1988) […].

Цубер Й., Вейс Й., Кох У. Психологические аспекты реабилитации // Перре М., Бауманн У. Клиническая психология и психотерапия. – СПб., 2006.

Смычёк В.Б.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Для успешного проведения реабилитационных мероприятий и достижения поставленных конкретных целей в каждом конкретном случае необходимо соблюдение основных принципов реабилитации: комплексность, раннее начало, этапность, преемственность, непрерывность, последовательность, индивидуальный подход, активное участие больного в реабилитационном процессе. Эти принципы были сформулированы и освещены в трудах многих современных ученых-реабилитологов. Однако прежде, чем остановиться на каждом из вышеуказанных принципов следует сказать, что более тридцати лет назад основоположником реабилитации в Советском Союзе М.М. Кабановым (1978) были сформулированы основные принципы реабилитации, которые, наряду с их значением для теории реабилитации, являются практическим ориентиром для составления конкретных реабилитационных программ. Звучат они следующим образом:

1. *Принцип разносторонности усилий* осуществляет учет всех сторон реабилитации для каждого больного. Его основу составляет реализация медико-педагогических и лечебно-восстановительных задач при условии перестройки отношений личности больного в нужном для реабилитационных целей направлении.

2. *Принцип единства психосоциальных и биологических методов воздействия* предполагает комплексность применения лечебно-восстановительных мероприятий. При этом обеспечивается патогенетическое воздействие не только на дефектную функцию, но и на лежащий в ее основе патологический процесс, а также на личность больного с целью мобилизации ее ресурсов для коррекции патологических реакций и вторичных нервно-психических нарушений.

Понимание патофизиологической сущности болезни позволяет оказывать регулирующее влияние на процесс восстановления, адаптации и компенсации.

3. *Принцип ступенчатости (переходности) проводимых воздействий* обосновывает поэтапное назначение восстановительных мероприятий с учетом динамики функционального состояния больного.

4. *Принцип партнерства* предусматривает сотрудничество пациента и врача при руководящей и направляющей роли последнего. Соблюдение этого условия позволяет осуществлять целенаправленную психологическую подготовку к восстановительному лечению, успех которого в значительной мере зависит от активности самого больного.

Хотя данные принципы реабилитации касались психиатрических больных они являются справедливыми и для реабилитации больных с последствиями других заболеваний и актуальность данной формулировки сохраняется до настоящего времени.

Взаимосвязь основных принципов реабилитации по М.М. Кабанову и основных принципов реабилитации с позиций современных авторов выглядит следующим образом:

По М.М. Кабанову	**Современный взгляд**
Принцип разносторонности усилий	Комплексность Индивидуальный подход
Принцип единства психосоциальных и биологических методов воздействия	Индивидуальный подход
Принцип ступенчатости (переходности) проводимых воздействий	Раннее начало Непрерывность Этапность Последовательность Преемственность
Принцип партнерства	Индивидуальный подход Активное участие больного в реабилитационной программе

Итак, рассмотрим основные принципы реабилитации с современных позиций:

1. *Принцип комплексности МР* подразумевает максимально широкое использование разных методов медицинского и другого характера. Принцип комплексности получил воплощение в практике МР, которая в целях достижения максимально возможного результата использует разные методы, традиционные и нетрадиционные, медицинские и другие, начиная от самых инновационных медицинских технологий реконструктивной хирургии, включая современные технические средства и устройства компенсации нарушенных функций и способностей и кончая признанными методами народной медицины и целительства. Поэтому с целью реализации принципа комплексности сегодня в реабилитации реализуются:

- методы психологической реабилитации с целью выработки у больного мотивации на реабилитацию, преодоления или смягчения нервно-психических нарушений (неврозоподобных синдромов), коррекции личностных особенностей реабилитанта (если болезнь усугубляет некоторые аномальные индивидуальные особенности человека);
- методы физической реабилитации (кинезотерапия, эрготерапия, мануальная и тракционная терапия, массаж, аппаратная физиотерапия, иглорефлексотерапия, бальнеолечение и др.);
- медикаментозная реабилитация, выступающая при некоторых заболеваниях (сахарный диабет, эпилепсия и др.) как один из основных методов реабилитации человека;
- ортотерапия (включающая средства временной иммобилизации, корсеты и головожердатели, ортезы, корригирующие лечебные костюмы, инвалидные кресла и др.);
- реконструктивная хирургия (эндопротезирование суставов и др.);
- трудотерапия (как метод восстановления бытовых и профессиональных навыков больного на фоне положительного психотерапевтического воздействия);
- школа больного и родственников (как самый дешевый, но и более эффективный метод реабилитации, позволяющий преодолеть тяжелые психологические последствия заболевания или травмы, и научиться жить с имеющимися ограничениями жизнедеятельности).

Таким образом, комплексный характер реабилитационных мероприятий проявляется и в том, что в реабилитации инвалидов и больных с повреждениями должны принимать участие не только медики, но и другие специалисты: социологи, психологи, педагоги, представители органов социального обеспечения, представители профсоюза, юристы и т.д.

2. Возможно ранее начало проведения реабилитационных мероприятий, которые органически включаются в терапию и должны ее

дополнить и обогатить. Если человеку угрожает инвалидность, эти мероприятия являются ее профилактикой, если инвалидность развивается, они становятся первым этапом борьбы с ней. Принцип возможно раннего начала МР касается как больных с острыми, так и хроническими заболеваниями. В первом случае МР должна начинаться вместе с началом лечебных мероприятий. Некоторые исследователи (В.З. Кучеренко, 1987) считают целесообразным ее проведение с момента ликвидации угрозы жизни, но пассивные методы реабилитации могут и должны назначаться еще в реанимационном периоде и продолжаться на фоне интенсивного лечения острого заболевания. По мнению Ю.В. Гольдблата (2006) такое раннее начало реабилитационных усилий необходимо в связи с наиболее активно протекающими именно в этот период процессами реституции и регенерации, а также с постепенным угасанием реабилитационного потенциала инвалида вследствие перестройки отношений его личности с изменившейся микросоциальной средой, "вживания" в инвалидность, ослабления мотивации на реадаптацию и развития рентных установок. При хронических заболеваниях раннее начало, возможно, при условии своевременной диагностики, желательно еще до развития функционального дефекта или при незначительной его выраженности. В отечественной медицине превалирует тенденция рассматривать мероприятия по профилактике инвалидности в рамках медицинской реабилитации. […]. Мы […] относим больных с начальными проявлениями инвалидизирующих заболеваний и даже с потенциальной угрозой их развития к реабилитационному контингенту.

Таким образом, мы полагаем, что принцип раннего проведения реабилитационных мероприятий подразумевает следующее: отдельные мероприятия медицинской реабилитации должны начинаться в первые дни (а иногда и в первые часы) болезни или полученной травмы после стабилизации жизненно важных функций. […]

Если в первые дни удельный вес лечения значительно превышает удельный вес реабилитационных мероприятий, то с течением времени этот дисбаланс выравнивается и наступает момент, когда реабилитация является основным методом ведения больного на фоне поддерживающего медикаментозного лечения. […]

М.М. Кабанов (1985) указывает, что "не всегда легко провести четкую границу между профилактикой и лечением, и тем более трудно провести ее между лечением и реабилитацией. […] Успех любой реабилитационной программы зависит как от учета клинико-биологических, так и психосоциальных факторов".

3. Принцип этапности подразумевает оказание реабилитационной помощи человеку на протяжении довольно длительного отрезка времени. Это связано с тем, что больной переходя от острой фазы заболевания к подострой и затем к хронической, последовательно должен получать соответствующую реабилитационную помощь: в профильном стационарном отделении, стационарном моно- или многопрофильном реабилитационном центре, в реабилитационном отделении амбулаторно-поликлинического учреждения, на дому, в санатории и т.д. Данный принцип М.М. Кабанов выделил как принцип ступенчатости (переходности) прилагаемых усилий, проводимых воздействий и мероприятий, выделяя при этом три основных этапа: первый этап – восстановительная терапия, второй этап – реадаптация, третий этап – реабилитация (в прямом смысле этого слова). Еще раз подчеркнем, что перечисленные принципы и этапы были разработаны М.М. Кабановым применительно к больным, страдающим психическими заболеваниями. Т.Д. Демиденко (1979, 1989) адаптировала данные этапы для реабилитации больных с цереброваскулярной и другой патологией. Так, по Т.Д. Демиденко *основными задачами I этапа* являются психологическая и физиологическая подготовка больного к началу активного лечения и проведение мероприятий, предупреждающих развитие дефекта функций, инвалидизации, а также устранение или уменьшение этих явлений. *Задачи II этапа* – приспособление больного к условиям внешней среды – характеризуются наращиванием объема всех восстановительных мероприятий, увеличением удельного веса психосоциальных воздействий. *Задачи III этапа* – бытовое приспособление, исключающее зависимость от окружающих, восстановление социального и, по возможности, доболезненного трудового статуса. В реабилитационных программах на всех этапах предусматривается обращение к личности больного, сочетание биологических и психосоциальных форм лечебного воздействия.

4. Индивидуальность реабилитационных мероприятий. То есть в каждом конкретном случае должны учитываться особенности реабилитанта в медицинском, профессиональном, социальном, бытовом плане и в зависимости от этого должна составляться индивидуальная программа реабилитации. Ведь как различен по течению процесс болезни у разных людей, как неповторимы характеры людей в различных условиях их жизни и работы, так и реабилитационные программы для каждого больного или инвалида должны быть строго индивидуальны. Этот принцип получил реализацию в составлении индивидуальной программы реабилитации больного и инвалида, ко-

торая ориентирована на конкретную личность с учетом особенностей болезни и ее последствий, степени выраженности ограничений жизнедеятельности, в том числе утраты трудоспособности, семейного и социального положения реабилитанта, его профессии, возраста и т.д. При этом больного нужно ориентировать на достижение конкретных результатов по окончанию данной программы реабилитации.

5. Непрерывность реабилитации, является краеугольным камнем эффективности, так как только за счет непрерывности проведения реабилитационных мероприятий достигаются предотвращение инвалидности, уменьшение тяжести инвалидности и связанных с ней затрат на длительное материальное обеспечение, постепенное излечение и возвращение инвалида к трудовой деятельности. […] медицинская реабилитация должна начинаться в процессе лечения, профессиональная реабилитация должна начинаться сразу же по окончании медицинской; работать человек должен начать сразу же по окончании курса профессиональной реабилитации. В противном случае, больной привыкает к пенсии, страдает его психика, и практика показывает, что привлечь его к реабилитации в поздние сроки после лечения очень трудно.

6. Последовательность. Реализация индивидуальной программы реабилитации должна осуществляться в строгой последовательности процедур и мероприятий, что должно способствовать максимальной ликвидации инвалидизирующих последствий и дальнейшей интеграции реабилитанта в общество.

7. Преемственность. Для успешного проведения реабилитации и достижения запланированного результата должна соблюдаться преемственность как в отдельных этапах медицинской реабилитации (стационарный, амбулаторный, домашний, санаторный), так и во всех аспектах единого реабилитационного процесса (медицинская, медико-профессиональная, профессиональная, социальная реабилитация).

8. Активное участие больного в реабилитационной программе пожалуй, является основой успешного выполнения индивидуальной программы реабилитации и достижения поставленной цели. Разъяснение ему целей и задач реабилитационной программы, сущности реабилитационных мероприятий, их последовательности, механизма действия существенно помогает привлечь больного к активному сотрудничеству вместе со специалистами в борьбе с последствиями болезни или травмы. Положительная установка на труд, на выздоровление, на возвращение в семью и общество зачастую является решающим фактором достижения успеха. Больной должен понимать,

что реабилитация – это длительный процесс и успешность в достижении цели зависит от взаимного доверия среди всех участников выполнения программы реабилитации: как самого больного, так и медицинского персонала, социальных работников, родственников.

Вышеописанные основные принципы реабилитации касаются так называемого нозологического периода реабилитации, который направлен непосредственно на уменьшение или ликвидацию последствий каких-либо заболеваний, или травм либо на предупреждение хронизации стойко утраченной трудоспособности, то есть на устранение или уменьшение имеющихся нарушений и/или ограничений жизнедеятельности и конечном итоге на повышение качества жизни реабилитанта.

В то же время некоторые ученые выделяют и так называемый донозологический период: […] внедрение восстановительных мероприятий как элементов здорового образа в поведении реабилитируемого, не имеющего клинически выраженной патологии. При этом в перечень мероприятий донозологической реабилитации включают и систему профессиональной ориентации и отбора для обучения отдельным специальностям, и комплекс мер по повышению работоспособности лиц, занятых во вредных и опасных условиях труда, и восстановление нормального самочувствия здорового, но утомленного человека. Безусловно, как таковая донозологическая реабилитация играет большую роль в первичной профилактике заболеваний, но рассматривать ее как непосредственно реабилитационное мероприятие исходя из сформулированных выше и представленных в этой главе реабилитационных определений не совсем правомерно.

Учитывая вышеизложенное можно сформулировать следующие положения реабилитации:

1. Реабилитация, в том числе и медицинская, является совместной задачей медиков, педагогов, специалистов по лечебному труду, экономистов, работников социального обеспечения при активном участии самого реабилитанта.

Это положение еще раз подтверждает многовекторность реабилитации как таковой, ибо достижение цели в каждом конкретном случае предполагает участие в едином реабилитационном процессе не только врачей и среднего медицинского персонала, но и других специалистов, помогающих вернуть больного к максимально полноценной жизни. Однако, непременным условием достижения цели всегда остается одно-положительная установка больного на выздоровление, на интеграцию в общество, на возвращение к труду.

2. Основной целью реабилитации является максимальная ликвидация имеющихся ограничений жизнедеятельности, восстановление здоровья пострадавшего, возвращение его к труду и в общество. […]

3. Решающая роль в реабилитации принадлежит врачу, хотя его роль на отдельных этапах выполнения индивидуальной программы реабилитации больного или инвалида может меняться.

Этот тезис еще раз подчеркивает важность такого основного принципа реабилитации как "комплексность". Ведь помимо врача в составлении программы реабилитации участвуют и многие другие специалисты. Более того, в ходе выполнения программы реабилитации на первое место могут выходить услуги, предоставляемые педагогами, психологами, физиологами труда, социологами и др.

4. В процессе реабилитации и приспособления больного к повседневной жизни важное значение приобретает труд как один из методов восстановительного, воспитательного и производственного лечения.

Трудотерапия – это активный лечебный метод восстановления нарушенных или утраченных функций. Психологически она способствует уравновешиванию больного, отвлекая внимание от основного заболевания. С другой стороны трудотерапия имеет большое воспитательное значение, так как, не предусматривая производственной цели, развивает у больных интерес к данному занятию, ориентируясь на профессиональный профиль больного и возможность выполнять конкретное задание.

5. Многие реабилитанты нуждаются в длительном проведении реабилитационных мероприятий, что требует создания сети реабилитационных учреждений в системе здравоохранения. […]

6. Соблюдение основных принципов реабилитации (комплексность, раннее начало, этапность, преемственность, непрерывность, последовательность, индивидуальный подход, активное участие больного в реабилитационном процессе) способствует приобщению инвалида к труду и максимальной его интеграции в общество.

Только соблюдение вышеперечисленных основных принципов реабилитации позволяет рассчитывать на максимально возможное восстановление реабилитанта, ликвидацию или уменьшение ограничений жизнедеятельности, снижение тяжести или предотвращение выхода на инвалидность.

Смычёк В.Б. Основные принципы реабилитации // Смычёк В.Б. Основы реабилитации (курс лекций). – Минск, 2000. – 132

Исаева Е.Р.

КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА ЛИЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ

Понятие психической адаптации

На сегодняшний день общепризнанным является определение адаптации как динамического процесса приспособления организма (как системы) к изменившимся условиям существования, целью которого является поддержание динамического равновесия между организмом и внешней средой. Процесс адаптации реализуется всякий раз, когда в системе "организм – среда" нарушается равновесие, и обеспечивает формирование нового гомеостатического состояния, которое позволяет достигать максимальной эффективности физиологических и поведенческих реакций. Поскольку организм и среда находятся не в статическом, а в динамическом равновесии, их соотношение меняется постоянно, также постоянно осуществляется и процесс адаптации […]. Благодаря процессу адаптации достигается сохранение гомеостаза при взаимодействии организма и среды. Гомеостаз в организме может поддерживаться на разных уровнях его организации и, соответственно, на различных уровнях реализуются процессы адаптации. В этом ряду психическая адаптация играет важную роль, в значительной степени оказывая влияние на адаптационные процессы, осуществляющиеся на других уровнях.

Процесс приспособления психической деятельности человека к условиям и требованиям окружающей среды принято называть психической адаптацией. Психическая сфера в общем процессе адаптации осуществляет интегративную и регулятивную функцию в деятельности всех систем организма. Организация процесса психической адаптации, осуществление взаимосвязей ее основных аспектов, регулирование психофизиологических соотношений реализуются сложной, многоуровневой функциональной системой, на разных уровнях которой регулирование осуществляется преимущественно психологическими (социально-психологическими и собственно психическими) или физиологическими механизмами.

Существуют различные подходы к понятию "психическая адаптация". Ю.А. Александровский (1976) рассматривает ее как выражение системной деятельности многих биологических и психологических подсистем, "которая обеспечивает деятельность человека на уровне "оперативного покоя", позволяя ему не только наиболее

оптимально противостоять различным природным и социальным факторам, но и активно и целенаправленно воздействовать на них". Это определение справедливо подчеркивает системную организацию психической адаптации и важную роль целенаправленной активности. В.М. Воловик (1975) описывает ее как активную личностную функцию, обеспечивающую согласование актуальных потребностей индивидуума с требованиями окружения и динамическими изменениями условий жизни. Ф.Б. Березин (1988) рассматривает психическую адаптацию как процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды, который позволяет индивидуму удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели (при сохранении психического и физического здоровья), обеспечивая в то же время соответствие психической деятельности человека, его поведения требованиям среды. […] другая точка зрения на психическую адаптацию: В.М. Воробьев (1993) понимает ее как механизм, возникающий лишь "в результате активного решения задач, связанных с проблемными психическими ситуациями".

Таким образом, психическая адаптация рассматривается как целостная многоуровневая структурно-функциональная система, состоящая из взаимозависимых биологических (физиологических), психологических (личностных) и социальных (личностно-средовых) компонентов.

Б.Г. Ананьев (1969) в своих трудах развивал представление о трех уровнях психической регуляции биологическом, индивидуально-личностном и личностно-средовом. Ф.Б. Березин выделял следующие уровни: социально-психологический, психологический (особенности личности и актуального психического состояния), психофизиологический (интегративные церебральные системы, периферические вегетативно-гуморальные и моторные механизмы, а также уровень органа). Л.И. Вассерман и М.А. Беребин (1997), развивая концепцию Ф.Б. Березина, предлагают трехкомпонентную модель психической адаптации:

- как система, обеспечивающая оптимальное соотношение между психическими и физиологическими адаптационными процессами (психофизиологическая адаптация);
- как система, обеспечивающая сохранение психического гомеостаза и устойчивого целенаправленного поведения (собственно психическая адаптация);
- как система адекватного взаимодействия с социальным окружением (социально-психологическая адаптация).

Таким образом, адаптация человека может быть представлена на разных уровнях, которые находятся в отношениях взаимосвязи и взаимовлияния, но, вне всякого сомнения, имеют свою специфику мобилизации адаптационных ресурсов.

По мнению некоторых отечественных авторов, наиболее существенной является проблема личностной (психологической) адаптации, поскольку личность выступает как максимально обобщенная и устойчивая целостность психических свойств и процессов, обнаруживающая себя в самых разных проявлениях активности и в различных социальных условиях.Уровень адаптации, обеспечивающий организацию социального взаимодействия, формирование адекватных межличностных отношений, учет ожиданий окружения и достижение социально значимых целей, относится к социально-психологической адаптации. Социально-психологическая адаптация рассматривается как самостоятельный аспект психической адаптации наряду с собственно психической и психофизиологической. Взаимные влияния особенностей личности, актуального психического состояния и эффективности социального взаимодействия определяют зависимость между психической и социально-психологической адаптацией.

Социальная (или социально-психологическая) адаптация понимается как результирующая процессов биологической и психологической адаптации в окружающей среде и представляет собой один из механизмов социализации личности. Она осуществляется на разных уровнях: общества, трудового коллектива, непосредственного окружения. Конечной целью психобиологической и социальной адаптации является достижение равновесия между индивидуумом и окружающей средой, позволяющего сохранять прежние и развивать новые возможности для удовлетворения потребностей.

В целом можно сказать, что психологическая адаптация – это сложное и неоднозначное понятие, за которым может стоять кратковременный процесс адаптации в контексте поведенческой реакции или поступка, более длительный процесс, характеризуемый как состояние адаптации, и, наконец, динамическая интегральная характеристика личности, в которой представлена способность к приспособлению к изменяющимся условиям.

Нарушение равновесия в системе "человек – среда" вызывает напряжение всех адаптационных механизмов и возникает при наличии, по крайней мере, одного из трех факторов:

– при резком изменении условий среды, в результате которого адаптационные механизмы могут оказаться недостаточными, даже если ранее они обеспечивали эффективную адаптацию;

– при существенном преобразовании потребностей и целей индивидуума (даже в относительно стабильной среде);

– при значительном уменьшении физических или психических ресурсов, что может привести к расхождению между значимыми потребностями субъекта и возможностями их удовлетворения.

Психическую адаптацию нельзя считать эффективной, если чрезмерное напряжение адаптационных механизмов приводит к нарушению нормального функционирования организма, к нарушению физического (или психического) здоровья. […]

Понятие об уязвимости и цене адаптации

Исследование психической адаптации тесно связано с проблемой стресса. H. Selye (1956,1960) в рамках предложенной им концепции стресса выделил два уровня адаптационной системы. В соответствии с его представлениями, в стрессовой ситуации первым реагирует "поверхностный" уровень, черпающий свои ресурсы из второго, "глубокого", уровня, который связан с адаптационной перестройкой гомеостатических систем всего организма. При этом если в условиях экстремальной ситуации отмечается недостаток резервов "поверхностного" и замедленная мобилизация "глубокого" уровня, то возможно развитие патологического процесса, симптоматику которого составляют неспецифические расстройства, свойственные как соматическим, так и психическим заболеваниям. Независимо от типа стрессового воздействия, но в соответствии с фазой адаптации (тревога, сопротивление, истощение) происходит формирование адекватной требованиям среды "новой функциональной системности организма". Исследования показали, что стрессор вызывает сходные неспецифические реакции, специфические последствия которых обусловливаются индивидуальными особенностями человека. Если нагрузка чрезмерна или социальные условия не позволяют реализовать адекватный физический ответ, эти процессы могут привести к физиологическим и даже структурным нарушениям. Экспериментальными исследованиями было установлено, что у животных стрессовые стимулы повышают уровень бодрствования и вызывают гормональные и иммунологические изменения в организме, которые при длительном воздействии могут привести к физическим и даже психическим ("приобретенная беспомощность") заболеваниям. Подобные механизмы взаимодействия внешних стимулов и физиологических реакций существуют и у людей, но, […] человек способен использовать социальную поддержку, механизмы интрапсихической защиты и внешние механизмы совладания и тем самым снизить возбуждение

до непатогенного уровня. В своей концепции Г. Селье мало внимания уделял психическим и уж тем более психологическим факторам в возникновении и переживании стресса, сосредоточившись лишь на его соматических проявлениях.

В конце XX века появляется немало новых концепций, справедливо указывающих на интегративный характер, единство, целостность и системность организации и регуляции деятельности человека. В современной психологической науке тенденция интегрального междисциплинарного исследования человека впервые […] проявилась в школе Б.Г. Ананьева (1969, 1977, 1980). Признание биопсихосоциальной сущности человека, необходимость его целостного видения стало предпосылкой к пересмотру концепции здоровья и болезни в медицине. На смену биомедицинской модели приходит **биопсихосоциальная** модель.

В недрах психиатрии формируется концепция "уязвимость – диатез – стресс – болезнь", внесшая значительный вклад в понимание шизофрении. Развивается понятие об уязвимости ("vulnerability"), которая рассматривается как повышенная ранимость к стрессовым воздействиям, предрасполагающая к развитию психической патологии. По мнению авторов, уязвимость (или гипотетический риск развития заболевания) – это "биологически обусловленное и клинически не выявляемое (скрытое) снижение толерантности нервно-психической организации индивидуума к стрессу, т.е. психофизическая и биогенетическая готовность личности реагировать развитием эндогенного психического заболевания в ответ на пусковые воздействия стрессоров" […].

По современным представлениям, стрессовые механизмы лежат в основе провокации большинства заболеваний. При этом время появления болезни не распределено равномерно, а скапливается вокруг определенных событий, когда они воспринимаются как угрожающие, чрезмерно напрягающие, непосильные или вызывающие конфликты.

Различные жизненные ситуации, с которыми сталкивается на своем пути человек, вызывают адаптационную активность, стимулируя физические и психические ресурсы организма. Исследования хронического стресса показали, что в основном не физиологический, а именно *"психический уровень адаптации являются наиболее чутким индикатором" стресса*. В качестве эмоционально-стрессового квалифицируется состояние организма, возникающее в результате восприятия ситуации как неприемлемой, негативной, отвергаемой при одновременной невозможности ее избегания. Физиологические

проявления при разных типах стресса однотипны, набор же психологических (эмоциональных, поведенческих) проявлений при психологическом стрессе значительно более разнообразен. Так, T.H. Holmes и R.H. Rahe (1967) ввели в литературу понятие "критическое восприятие жизненных переживаний". По мнению авторов, стрессовое событие начинается с восприятия какого-либо внутреннего (например, мысль) или внешнего (например, упрек) события. Речь идет о макрострессоре или сильном, недлительном раздражителе, который нарушает равновесие и характеризуется сильным эмоциональным участием. Это событие может быть как положительным (рождение ребенка, награда и т.п.), так и отрицательным (смерть, потеря и пр.). Авторы считают, что чем больше в жизни человека событий, требующих больших затрат сил для реадаптации, тем больше вероятность риска возникновения различных заболеваний. При недостаточном развитии конструктивных форм приспособительного поведения увеличивается патогенность жизненных событий, и эти события могут становиться "пусковыми механизмами" в процессе возникновения психических и психосоматических расстройств. Исследование T.H. Holmes и R.H. Rahe (1967) показало, что в 79% среди испытуемых, у которых число критических жизненных событий достигало очень высокого уровня (по опроснику "Жизненных событий" Holmes T.H., Rahe R.H., 1967), через два года возникали серьезные проблемы со здоровьем.

В соответствии с концепцией психической адаптации человека ее конечная цель – оптимальный уровень приспособления индивида к реальным условиям жизнедеятельности с сохранением здоровья в его субъективной ценности. Одним из критериев прогностической успешности адаптации является соответствие адаптационного потенциала личности требованиям динамично меняющихся условий среды. Адаптацию нельзя считать эффективной, по мнению Ф.Б. Березина, если чрезмерное напряжение адаптационных механизмов приводит к нарушению нормального функционирования организма, к нарушению физического (или психического) здоровья.

Адаптированность личности среди прочих условий тесно связана с устойчивостью к фрустрирующим ситуациям, способностью к преодолению стрессогенных воздействий на основе личностных ресурсов и социального опыта, а также способностью интериоризировать опыт других и социальную поддержку. Копинг-поведение – это динамическая характеристика, которая в совокупности с внутренними индивидуально-личностными ресурсами отражает адаптационный потенциал личности […].

При достаточной эффективности адаптационного процесса достигается психический гомеостаз, обеспечивающий ощущение психического комфорта и реализацию целесообразного поведения. Однако этот эффект психической адаптации, по мнению некоторых авторов, недостаточен для суждения о качестве адаптационного процесса. Расширяя адаптационные возможности, стресс, особенно длительно существующий, может привести к постепенному истощению адаптационных и компенсаторных механизмов личности, нарушению психической адаптации. […] Ф.Б. Березин в данном случае обращает внимание на *физиологическую цену* успешности.

Напряженность адаптационных механизмов в динамично меняющихся условиях имеет двоякое значение. С одной стороны, она представляет собой ЦЕНУ, которую организм платит за эффективное функционирование, за поддержание оптимальных форм адаптации. С другой стороны, состояние эмоционального напряжения может повышать риск возникновения патологических сдвигов, клинически выраженных нарушений адаптации и соответственно увеличивать группу риска […] *донозологических нарушений*

На начальных этапах нарушения психической адаптации имеют субклинические характеристики и занимают промежуточное место между практическим здоровьем и конкретной, нозологически оформившейся нервно-психической или психосоматической патологией и рассматриваются рядом авторов как предболезнь – […] состояние, при котором вероятность развития заболевания приближается к 100% при условии продолжающегося воздействия патогенного фактора и нарушениях адаптационно-компенсаторных механизмов.

[…] под дезадаптацией понимают снижение адаптационных возможностей человека в условиях среды жизнедеятельности или в определенных стрессогенных ситуациях. Дезадаптация наступает также в результате длительно действующих раздражителей, превосходящих пороги приспособительных возможностей (адаптационного ресурса) организма.

Ю.А. Александровский (1976, 1993, 2000) вводит понятие "барьер психической адаптации" […] – это условная граница параметров внешней среды, в том числе и социальной, за которыми адекватная адаптация невозможна. Барьер психической адаптации объединяет все потенциальные возможности осуществления человеком адекватной и целенаправленной психической деятельности. […] Его уровень постоянно колеблется и в экстремальных условиях приближается к индивидуальной критической величине, когда человек использует все резервные психические возможности. Прорыв

адаптационного барьера может происходить на разных уровнях личностной организации: биологическом (вегето-висцеральном), психологическом (эмоциональном, мотивационном) или социальном.

Как известно, в условиях напряженности физиологические показатели приобретают большую зависимость от психологических особенностей личности. К таким личностным образованиям относятся самооценка личности, система ценностей и др. […] эмоции выступают главным компонентом в системе регуляции процесса адаптации.

Таким образом, стресс – это состояние напряжения, возникающее при несоответствии приспособительных возможностей величине действующей на человека нагрузки, вызывающее активизацию и перестройку адаптивных ресурсов психики и организма. Стресс опосредуется или регулируется сложной многоуровневой структурно-функциональной системой, на каждом из уровней которой регулирование осуществляется либо психологическими либо физиологическими механизмами. […]

Концепция копинга: определение, функция и виды

Логическим продолжением изучения стресса явились исследования, посвященные изучению процессов, направленных на преодоление стрессовых состояний – так называемого копинг-поведения (от англ. coping – совладание, преодоление).

В настоящее время выделяют несколько подходов к толкованию понятия "coping". Первый, наиболее ранний подход, развиваемый в работах представителя психоаналитического направления N. Haan (1965, 1974), трактует его в терминах динамики "Эго" как один из способов *психологической защиты,* используемой для ослабления психического напряжения. Второй подход определяет coping в терминах *черт личности* (диспозиционные концепции копинга) – как относительно постоянную предрасположенность индивидуума, устойчивый стиль реагирования на стрессовые события определенным образом. Авторы утверждают, что выбор определенных копинг-стратегий на протяжении всей жизни является достаточно стабильной характеристикой, мало зависящей от типа стрессора. Однако […] это понимание также не обрело большой поддержки среди исследователей. […] согласно третьему подходу, разработанному R. Lazarus и S. Foklman (1984, 1987), coping понимается как динамический процесс и рассматривается как когнитивные и поведенческие усилия личности, направленные на снижение влияния стресса (транзакциональный подход, или ситуационный).

Начиная с 1960-х годов термин "совладание со стрессом", или "копинг", первоначально использовали для описания некоторых механизмов психологической защиты. […] Именно бессознательные выученные механизмы защиты отвечают за регуляцию эмоционального состояния и направлены на сохранение психического гомеостаза и целостности личности от повреждающего влияния внешних воздействий. […] G.Vaillant относит "зрелые" механизмы защиты, такие как альтруизм, супрессия, антиципация и юмор, к зрелому адаптивному стилю, проявляющемуся в удовлетворительном разрешении конфликтов. Автор указывает на то, что с годами зрелые механизмы защиты используются все чаще, тем самым подтверждая произвольный характер и сознательный выбор стратегий реагирования на стресс. […] Постепенно литература по данной проблематике стала представлять самостоятельную, уже более или менее четко очерченную область исследований.

Термин "coping" впервые был использован в 1962 г. L. Murphy. […] как стремление индивида решить определенную проблему, которое, с одной стороны, является врожденной манерой поведения (рефлекс, инстинкт), а с другой – приобретенной, дифференцированной формой поведения (владение собой, сдержанность, склонность к чему-либо). Фактически L. Murphy […] обратил внимание на его связь с индивидуально-типологическими особенностями личности и предыдущим опытом преодоления стрессовых ситуаций, а также выделил две составляющие копинг-механизма – когнитивную и поведенческую.

Основные положения концепции копинг-процессов были разработаны R.S. Lazarus в книге "Psychological Stress and the Coping Process" (1966). […] R.S. Lazarus определяет копинг как "стремление к решению проблем, которое предпринимает индивид, если требования имеют огромное значение для его хорошего самочувствия (как в ситуации, связанной с большой опасностью, так и в ситуации, направленной на большой успех), поскольку эти требования активируют адаптивные возможности". Таким образом, "копинг", или "преодоление стресса", рассматривается как деятельность личности по поддержанию или сохранению баланса между требованиями среды и ресурсами, удовлетворяющими этим требованиям.

Сторонники диспозиционного подхода, в свою очередь, сосредоточивали внимание на устойчивых индивидуальных особенностях преодоления стресса. […] Ключевой для этого подхода вопрос состоит в том, чтобы выявить степень эффективности определенных диспозиционных тенденций личности, обозначаемых как стили совладания (coping styles), в отношении того, насколько успешно они

обеспечивают психологическое благополучие. Доминирующей дихотомией является различение между такими стилями преодоления стресса, как избегание (avoidance) и приближение (approach) к источникам стресса. Существует несколько различных точек зрения относительно данной дихотомии. […] Первая концепция оперирует понятиями "подавляющий" и "сенситизирующий" стили преодоления стресса. […] Понятие подавляющего стиля совладания отчетливо связано с фрейдовским понятием вытеснения (repression), […] Представители подавляющего стиля – это люди, для которых характерен избегающий путь совладания со стрессом, они, как правило, предпочитают подавлять в себе негативные переживания. Различия между представителями данного типа – "репрессорами" (repressors) и теми, кто предпочитает иной стиль – "сенситизерами" (sensitizers), также выделены Бирном (1961). Согласно автору, лица, которых можно отнести к подавляющему стилю, реагируют на вызывающие тревогу стимулы и их последствия избегающим поведением (включая вытеснение, отрицание и рационализацию). Представители сенситизирующего стиля пытаются редуцировать тревогу, приближаясь к вызывающим ее источникам или стремясь контролировать угрожающие события (например, посредством интеллектуализации, обсессивных действий или навязчивой обеспокоенности). […] Другая концепция в рамках диспозиционного подхода к изучению копинга, на первый взгляд, представляется схожей с предыдущей теорией. В ней также выделяются два стиля преодоления стресса – "мониторинговый" и "блантерный". Различение мониторингового (отслеживающего) и блантерного (притупляющего, урезающего) стилей совладания со стрессом […]. "Monitors" чутко реагируют на любую негативную информацию, склонны к ее поиску, выискивают (отслеживают) связанную с угрозой информацию (Miller S.M., 1987). Блантерный стиль личности ("blunters" – в переводе с англ. подавляющий, притупляющий), наоборот, характеризуется уклонением от восприятия, игнорированием негативной информации. […].

По мнению сторонников диспозиционного подхода, стиль совладания относительно стабилен во времени и тесно связан с чертами личности. Такие хорошо известные личностные факторы, как оптимизм, поведенческий тип А, локус контроля и пр., могут оказывать влияние на предпочтение и выбор определенных способов преодоления стресса. Более того, некоторые авторы рассматривают тип А собственно как стиль совладания личности. Таким образом, в рамках данного подхода […] подчеркивается тесная взаимосвязь личности и совладания со стрессом. Однако, по мнению критиков диспозицион-

ной концепции, личностныепеременные служат слабыми предикторами специфической копинговой активности. Хотя индивид может иметь привычные предпочтения в копинге, экстремальные ситуации обычно реализуют лишь узкий круг возможных копинговых ответов. Чаще всего это стереотипные, биологически выученные формы поведения. Большинство исследователей все же проводят различие между традиционными личностными переменными и стилями совладания со стрессом. Несмотря на это, в последние годы широкое распространение получили исследования, посвященные изучению взаимосвязей между ними Некоторые личностные характеристики (например, нейротизм, локус контроля и оптимизм) привлекали значительно больше внимания в исследованиях совладания со стрессом […]. Было установлено, что нейротизм ассоциируется с дезадаптивным стилем совладания со стрессом, поколько лица с высокими показателями нейротизма отличались неадаптивными способами реагирования на стрессоры, включающими самообвинения, принятие желаемого за действительное и пребывание в пассивном состоянии. Экстраверсия была связана с таким способом совладания со стрессом, как отреагирование (стремление выговориться, поделиться с кем-то своими неприятностями). […]

Одним из основоположников третьего, ситуационного подхода является R. Lazarus (Лазарус). Его транзакциональная теория рассматривает совладание как процесс и при этом акцентирует его специфичность в отношении конкретных ситуаций. Личностные характеристики лишь определяют восприятие требований ситуации как стрессогенных. Совладание со стрессом – это динамический процесс, посредством которого индивид в одних случаях, главным образом, использует одну форму совладания, скажем защитные стратегии, а в других – прибегает к стратегиям решения проблемы путем изменения отношения "личность – окружающая среда".

Не отрицая того, что диспозиционные факторы играют определенную роль в преодолении стресса, Р. Лазарус и С. Фолкман рассматривают совладание как постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие усилия, направленные на управление специфическими внешними и/или внутренними требованиями, которые оцениваются с точки зрения соответствия ресурсам индивида. При столкновении со стрессовым событием происходит "развивающийся, динамический процесс когнитивной оценки, переоценки, совладания и эмоциональной переработки". […]. В рамках его модели психологическая адаптация обеспечивается посредством личностно-средового взаимодействия, в процессе которого проявляются индивидуальные

тенденции, актуализирующиеся в стрессовых ситуациях на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях организации личности (копинг-поведение).

По мнению R.S. Lazarus и S. Folkman, взаимодействие среды и личности регулируется двумя ключевыми процессами: когнитивной оценкой и копингом. Понятие когнитивной оценки является центральным для подхода Лазаруса к преодолению стресса. Многое, по мнению авторов, зависит от когнитивной интерпретации стрессора. Авторы выделяют следующие стадии когнитивной оценки: первичная и вторичная. Первичная оценка стрессорного воздействия (primary appraisal) заключается в вопросе – "что это значит для меня лично?". Стресс воспринимается и оценивается в таких субъективных параметрах, как масштаб угрозы или повреждения, которые приписываются событию, или оценка масштабов его влияния […] и регулируется двумя ключевыми процессами: когнитивной оценкой и копингом.

Понятие когнитивной оценки является центральным для подхода Лазаруса к преодолению стресса. Многое, по мнению авторов, зависит от когнитивной интерпретации стрессора. Авторы выделяют следующие стадии когнитивной оценки: первичная и вторичная. Первичная оценка стрессорного воздействия (primary appraisal) заключается в вопросе – "что это значит для меня лично?". Стресс воспринимается и оценивается в таких субъективных параметрах, как масштаб угрозы или повреждения, которые приписываются событию, или оценка масштабов его влияния. За восприятием и оценкой стрессора следуют нагрузочные эмоции (злость, страх, подавленность, надежда большей или меньшей интенсивности). Вторичная когнитивная оценка (secondary appraisal) – это оценка собственных ресурсов и возможностей решить проблему, выражается в постановке следующего вопроса: "что я могу сделать?". Далее включаются более сложные процессы регуляции поведения: цели, ценности и нравственные установки.

В результате личность сознательно выбирает и инициирует действия по преодолению стрессового события. Стадии оценки могут происходить независимо и синхронно. Lazarus полагает, что характер оценки является важным фактором, детерминирующим тип совладания со стрессором и процесс совладания. […] Первый шаг в процессе когнитивной оценки представлен "поляризующим фильтром", который может усилить или ослабить значимость события. […]

После когнитивной оценки ситуации индивид приступает к разработке механизмов преодоления стресса, т.е. собственно к копингу. В случае неуспешного копинга стрессор сохраняется и возникает

необходимость дальнейших попыток совладания. Структуру копинг-процесса можно представить следующим образом: восприятие стресса – когнитивная оценка – возникновение эмоций – выработка стратегий преодоления – оценка результата действий […]

Успешное совладание рассматривается как успешная адаптация. Если поведение не принесло удовлетворяющего результата, то индивид предпринимает новые попытки.

В своей теории R.S. Lazarus исходит в большей степени из субъективного восприятия и переживания стресса и уделяет особенное внимание когнитивным процессам и когнитивной оценке. При этом он не рассматривает стрессоры и способы совладания с ними с точки зрения объективных ситуаций и, в частности, объективно неконтролируемых ситуаций, на которые невозможно влиять по объективным причинам. Напротив, M. Perrez и M. Reicherts справедливо считают, что в зависимости от объективных возможностей по изменению ситуации строится и поведение человека. Если на стрессор объективно возможно влиять, то попытка индивида повлиять на него будет адекватной копинговой реакцией. Если по объективным причинам индивид не может повлиять и изменить ситуацию, то адекватным функциональным способом совладания является избегание. Если человек объективно не может ни избежать ситуации, ни повлиять на нее, то функционально адекватной копинговой реакцией является когнитивная переоценка ситуации, придача ей другого смысла. Адекватный копинг предполагает адекватное восприятие особенностей ситуации. Неадекватная оценка ситуации приводит к неадекватным эмоциям, которые в свою очередь нарушают адаптивные реакции организма […] Вполне вероятно, что привычный характер оценок будет влиять на тип используемой стратегии совладания и предпочитаемые эмоциональные реакции. […]

М. Перре в свои исследованиях отмечал, что более эффективно преодолевают стресс, обнаруживая при этом более высокие показатели душевного здоровья, те люди, которые чаще руководствуются правилами поведения, соответствующими объективным признакам и особенностям ситуации – контролируемость, изменяемость, негативная значимость события (терминология Perrez и Reicherts) [80]. Оказалось также, что лица, склонные к депрессии, например, не способны активно влиять даже на поддающиеся влиянию, управляемые стрессоры. Депрессивные больные недооценивают контролируемость и преобразуемость стрессоров и потому более пассивны в совладающем поведении. Одним из факторов, определяющих полез-

ность различных стратегий, является то, в состоянии ли человек контролировать ситуацию или нет.

Наиболее широкую известность в психологической литературе приобрела феноменологическая классификация копинговых ответов, предложенная R.S. Lazarus и S. Folkman. Первоначально они подразделяли все многообразие копинг-стратегий, которые использует индивидуум, на две категории: действия (усилия), направленные на себя, и действия (усилия), направленные на окружающую среду.

Группа стратегий, направленных на себя, состоит в большей степени из когнитивных и интрапсихических способов совладания:

1. Поиск информации: сосредоточение внимания, визуализирование (представление и воображение), запоминание и т.д. В соответствии с характером стрессовой ситуации поиск информации может быть направлен на изучение всех характеристик события или на состояние человека, его возможностей для действия по воссозданию благополучия.

2. Подавление информации: наоборот, отвлечение внимания, постепенное "исчезание" информации, поиск отвлекающих мыслей и занятий.

3. Переоценка: изменение или замена оценок, сравнение с другими, нахождение нового представления (значения) относительно происходящих событий.

4. Смягчение: смягчающие способы поведения, нацеленные на сглаживание эмоций, через когнитивные усилия (например, самоуспокаивание или "self-instructions") или инструментальные (поведенческие) действия (эмоциональная разрядка при помощи курения, употребления наркотика, психотропных веществ, а также еды или алкоголя).

5. Самообвинение: "внутрикарательное" когнитивное поведение, т.е. внутренняя активность, направленная на самообвинение, самокритику или жалость к себе. Самонаказание может происходить более или менее выраженно, например, от легкой степени – принятие ответственности, и достигать большей степени выраженности – аутоагрессивных фантазий.

6. Обвинение других или экстрапунитивные (extrapunitive) реакции: агрессивное обвинение других людей или обстоятельств, проявление гнева.

Вторая группа стратегий представляет собой инструментальные попытки совладания, направленные на окружающую среду:

1. Стратегии совладания в условиях, создающих угрозу психологическому благополучию личности и неоднозначных ситуациях:

• Активное, инструментальное воздействие на стрессор: попытки влиять или противостоять влиянию другого человека; в неоднозначных ситуациях – активное расследование (изучение) источника стресса (подвергая сомнению или обращаясь за разъяснениями и т.д.).

• Уклончивое поведение: уход или удаление от источника стресса.

• Пассивное поведение: колебание, ожидание или отставка (отказ от действий).

2. Стратегии совладания в ситуациях потери (например, потери отношений) или неудачи:

• Действия, направленные на предотвращение надвигающейся потери или отказа (неудачи).

• Действия, направленные на переориентацию со значимых объектов, поиск источников эквивалентной замены (заместителя).

• Пассивное поведение: ожидание, колебание или отставка.

Позднее, R.S. Lazarus и S. Folkman (1987) классифицируют стратегии совладания уже в соответствии с выделенными ими двумя основными функциями копинга: 1) копинг, "сфокусированный на проблеме", направлен на устранение стрессовой связи между личностью и средой (problem focused); 2) копинг, "сфокусированный на эмоциях", направлен на управление эмоциональным стрессом (emotion focused). Необходимость учета обеих функций авторы обосновывают наличием эмоционального, когнитивного и поведенческого компонентов переживания стресса, которые образуют разнообразные комбинации. При этом S. Folkman выделяет активное и пассивное копинг-поведение. Поведение, направленное на устранение или избегание угрозы (борьба или отступление), предназначенное для изменения стрессовой связи с физической или социальной средой, автор называет активным копинг-поведением. Интрапсихические формы преодоления стресса относятся, по определению S. Folkman, к защитным механизмам, предназначенным для снижения эмоционального напряжения раньше, чем изменится ситуация, и рассматриваются как пассивное копинг-поведение. Иными словами, активная форма копинг-поведения, или активное преодоление, представляет собой целенаправленное устранение или изменение влияния стрессовой ситуации, ослабление стрессовой связи личности с окружающей средой. Пассивное копинг-поведение определяется как интрапсихические способы преодоления стресса с использованием различных механизмов психологической защиты,

которые направлены не на изменение стрессовой ситуации, а на редукцию эмоционального напряжения.

S. Folkman и R.S. Lazarus определили 8 видов ситуативно-специфических копинг-стратегий: планомерное разрешение проблем, позитивная переоценка, принятие ответственности, поиск социальной поддержки, конфронтация, самоконтроль, дистанцирование, избегание. Они разработали специальный опросник измерения способов совладающего поведения (Ways of Coping Questionnaire, WCQ, 1988), ответы испытуемых позволили выделить восемь типов совладания со стрессом […] Анализ содержания вопросов опросника

Р. Лазаруса позволил нам составить (в соответствии с названием предложенных авторами шкал) и описать основные характеристики указанных копинг-стратегий, проявляющиеся в поведенческой, эмоциональной и когнитивной сферах.

1. Конфронтация.

В поведении – усиление активности, часто импульсивной, непоследовательной и хаотичной с целью попытаться хоть как-то повлиять на ситуацию. В эмоциях – эмоциональное возбуждение, преобладают стенические эмоции (агрессивность, злость и досада), настойчивость, чрезмерная прямолинейность и отсутствие гибкости.

В когнитивной сфере – отсутствие плана действий, дезорганизация мыслительной деятельности, аффективная захваченность ситуацией.

Во внешнем поведении этот тип реагирования на стресс будет проявляться в желании "лезть в бутылку", "нарываться на конфликт", ссориться с кем-то, возмущаться и громко разбираться с окружающими, отстаивать свою позицию, спорить с целью "добиться справедливости" и поддержать свою самооценку.

2. Дистанцирование (когнитивная стратегия преодоления стресса).

В поведении – сохранение привычного поведения, основанного на стереотипах и автоматизмах, переключение внимания на другие, более актуальные виды деятельности.

В эмоциях – сохранение эмоционального равновесия, сознательные усилия по подавлению неприятных переживаний, стремление к эмоциональному отстранению от ситуации.

В когнитивной сфере – мысленное отстранение, выбрасывание негативных, пессимистических ("дурных") мыслей из головы, отказ размышлять и глубоко задумываться о случившемся ("ну, случилось и случилось", "сегодня не мой день") с тенденцией смягчения удара или поиск каких-то положительных сторон в случившемся. В отличие

от механизмов психологической защиты "отрицание" и "рационализация", данные когнитивные усилия являются сознательными стратегиями снижения внутреннего напряжения, но нельзя исключить и того, что они тесно связаны с указанными бессознательными механизмами преодоления стресса (или формируются на их основе).Во внешнем рисунке поведения это проявляется в жизненном принципе Скарлетт О'Хара (героини романа М. Митчелл "Унесенные ветром"): "об этом я подумаю завтра". Зачастую это сопровождается временной активной переменой деятельности – уехать на дачу, в отпуск, отключив телефон, либо погружение в любимые дела – компьютерные игры, тренировка в спортзале, шоппинг и пр.

3. Самоконтроль.

В поведении – повышение контроля за действиями, высказываниями, проявление сдержанности в своих спонтанных проявлениях. В эмоциях – подавление эмоций, сознательные усилия по сохранению самообладания, уверенности и оптимизма.

В когнитивной сфере – активация мыслительной деятельности, повышение внимания к поступающей информации, повышение внимательности и осторожности, продумывание своих слов и действий, настороженность (бдительность) к внешним сигналам. Во внешнем поведении данный тип реагирования на стресс может проявляться в стремлении сохранять четкость и последовательность действий, к сохранению контроля над ситуацией и удержанию внимания на целях деятельности на фоне повышенного эмоционального напряжения (пример: выполнение опасного задания, ведение переговоров).

4. Поиск социальной поддержки.

В поведении – активное взаимодействие, общение с другими людьми. В эмоциях – эмоциональная включенность в ситуацию, сосредоточенность на ней (захваченнность), обеспокоенность или угнетенность, острая потребность в защите и безопасности, сочувствии, принятии. В когнитивной сфере – активный сбор информации с целью преодоления неопределенности, восприятие чужого опыта, постоянное проговаривание ситуации с другими с целью ослабить эмоциональное напряжение. Примерами такого типа реагирования могут являться долгие разговоры и посиделки с родственниками и друзьями (обращение к так называемому институту подруг), письма в газету или журнал, популярное сегодня общение "в режиме он-лайн" в Интернете.

5. Принятие (признание) ответственности.

В поведении – неуверенные и непоследовательные действия, "впадание" в состояние беспомощности, переход в безопасную

зависимую позицию с извинениями, попытками вызвать снисхождение. В эмоциях – чувство вины с депрессивным оттенком, иногда сопровождается отчаянием, подавленностью, угрызениями совести (по содержанию очень напоминает механизм защиты "регрессия"). В когнитивной сфере – растерянность, отсутствие четкого плана, ориентация на внешнюю оценку, неустойчивость представлений о себе, самообвинения и бесконечные проигрывания в уме случившегося, в фокусе внимания – собственная некомпетентность и застревание на ошибках, а не план действий по выходу из ситуации. Здесь следует отметить, что в русской ментальности это соотносится с традицией (правило, обычай), по которой своевременное покаяние – лучший способ загладить свою вину и избежать наказания. Справедливости ради следует также сказать, что данная стратегия не всегда является удачным способом выхода из трудной ситуации, тем более решения проблем. А как показали наши исследования, чрезмерное использование данной стратегии приводит к развитию чувства подавленности и зависимости с депрессивными переживаниями.

6. Бегство-избегание.

В поведении – известные способы снятия напряжения с помощью алкоголя, сна и пр., когда происходит непосредственная разрядка эмоционального состояния без стремления осмыслить ситуацию, пассивность, отсутствие какой-либо деятельности по изменению ситуации, уход от активных действий. В эмоциях – тревога и эмоциональное напряжение на фоне сохранения надежды на положительный исход. В когнитивной сфере – мысленное избегание проблемы, отказ задумываться о своей роли в ней и попытках ее решения, фантазирование о более благоприятных вариантах развития ситуации.Внешне это обычное поведение, но можно увидеть в поступках чтото неестественное, вынужденное и подсознательно скрываемое, хотя очевидное для других (наигранное веселье, чрезмерный азарт или, наоборот, неожиданная злость). Это может быть либо внезапная и не характерная для человека активность, с целью отвлечься (забыться), либо наоборот, неоправданная пассивность, либо замкнутость с плохо скрываемой раздражительностью. Все поведение отражает внутреннюю напряженность и плохое понимание своего состояния.

7. Планомерное решение проблем.

В поведении – активное взаимодействие с внешней ситуацией, с информацией и людьми, сознательные попытки решения проблемы. В эмоциях – сосредоточенность и уравновешенность, сохранение

самообладания. В когнитивной сфере – мысленные усилия по поиску способов решения проблемы, анализ ситуации, обращение к прошлому опыту.

8. Положительная переоценка (когнитивная стратегия).

В поведении – обычное. В эмоциях – сохранение веры, надежды и оптимизма (по содержанию очень близко, на наш взгляд, к действию механизма защиты "гиперкомпенсация", может быть "сублимация"). В когнитивной сфере – попытки анализа ситуации, поиск смысла случившегося с фокусированием на положительных аспектах; переосмысление себя, своих отношений и жизненных ценностей; сосредоточение внимания и направление мыслей на извлечение выводов, нахождение "пользы/выгоды" из сложившейся ситуации. Обращение к Богу с целью снижения тревоги и восстановления оптимизма (силы духа) и эмоционального равновесия.

S. Folkman с соавт. (1986), исследовав совладание со стрессом в разнообразных стрессовых ситуациях, показала, что в целом процессы совладания являются "скорее изменчивыми, чем стабильными", но некоторые стратегии совладания обнаруживали относительную устойчивость вне зависимости от ситуаций. Например, выяснилось, что стратегия "позитивная переоценка" наиболее тесно связана с личностными факторами, в то время как сфокусированные на проблеме стратегии "конфронтация", "поиск социальной поддержки" и "планомерное решение проблемы" в наибольшей степени зависели от ситуации. Одним из значимых компонентов формирования адекватного, адаптивного совладания или активного копинг-поведения является стратегия "планомерное разрешение проблем". Данная поведенческая стратегия способствует появлению и дальнейшему рассмотрению широкого круга альтернативных вариантов решения проблемы. Некоторые исследователи считают, что активное разрешение проблем является когнитивно-поведенческим процессом, в результате которого формируется общая социальная компетентность личности.

При формировании дезадаптивного поведения одной из ведущих является копинг-стратегия "избегание". Ее использование обусловлено недостаточностью развития личностно-средовых копинг-ресурсов и навыков активного разрешения проблем. Однако, копинг-стратегия "избегание" может носить адекватный либо неадекватный характер в зависимости от конкретной стрессовой ситуации, возраста индивида и актуального состояния ресурсной системы личности. Вместе с тем, при изучении взаимосвязей здоровья, критических жизненных событий, социальной поддержки и копинга, было

обнаружено, что личности, остающиеся здоровыми при воздействии стресса, чаще использовали стратегию "избегание". При этом семейное окружение действовало как фактор резистентности к стрессу. […]

В своем исследовании Carver, Scheier и Weintraub (1989) подтвердили положение R. Lazarus о том, что люди чаще используют более активные способы преодоления стресса (планирование, подавление конкурирующих видов активности) именно в контролируемых ситуациях, чем в ситуациях, не поддающихся контролю и влиянию […].

В противоположность указанной выше позиции J.H. Amirkhan (1990) считал, что выбор индивидом тех или иных копинг-стратегий является достаточно стабильной характеристикой на протяжении всей жизни, мало зависящей от типа стрессора. Он обозначил их как базисные стратегии поведения человека и объединил в три группы: 1) решение проблемы (адаптивная); 2) поиск социальной поддержки (адаптивная); 3) избегание проблемы (неадаптивная) […]. Отечественный исследователь Л.Н. Собчик (2000) также считает, что тип реагирования в стрессовых ситуациях представляет собой "продолжение ведущей индивидуально-личностной тенденции", базирующейся на типе высшей нервной деятельности, является врожденной, генетически обусловленной характеристикой […].

L. Pearlin и S. Schooler (1978) одними из первых провели ряд исследований, в которых была сделана попытка измерить копинг-поведение здоровых взрослых людей в стрессовых ситуациях. […] Было замечено, что большинство людей склонны применять различные стратегии, переходя от когнитивных стратегий к эмоционально-сфокусированным, и наоборот. При этом для успешного выхода из стрессовой ситуации необходимо пропорциональное представительство каждого из указанных видов копинга. […] Таким образом, какая из стратегий "хороша или плоха", зависит от ситуации и может изменяться по ходу развития ситуации.

В целом, большинство исследователей придерживаются единой классификации способов совладания со стрессом: 1) копинг-стратегии, воздействующие на ситуацию; 2) когнитивные стратегии, направленные на переоценку ситуации; 3) усилия, направленные на снятие эмоционального напряжения.

Таким образом, копинг-поведение – это стратегии действий, предпринимаемые человеком в ситуациях психологической угрозы физическому, личностному и социальному благополучию, осуществляемые в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах функционирования личности и ведущие к успешной или менее

успешной адаптации. По нашему мнению, копинг-поведение – это, с одной стороны, индивидуальная устойчивая личностная структура (диспозиция), т.е. набор определенных, соответствующих индивидуально-личностным характеристикам и эмоциональнодинамическим свойствам индивида вариантов (способов) поведения и реагирования в стрессовых ситуациях. С другой стороны, – это широкий спектр (репертуар) разнообразных стратегий преодоления стресса, которыми личность может манипулировать (использовать) в зависимости от внешних обстоятельств, условий деятельности и индивидуальных целей. Чем активнее и разнообразнее будет выбор, тем выше ее адаптационный потенциал, и тем успешнее происходит психологическая адаптация личности.

[…] наиболее известными и апробированными методиками для измерения копинг-поведения являются:Опросник Э. Хейма (Heim E., 1988) и "Индикатор копинг-стратегий" Д.Амирхана (Amirkhan J.H., 1990). Широкую популярность и распространение также получил опросник "Способы копинга" Р.Лазаруса (Lazarus R., Folkman S., 1988), который совсем недавно прошел адаптацию и стандартизацию в лаборатории клинической психологии НИПНИ им. В.М. Бехтерева под руководством проф. Л.И. Вассермана в соавторстве с Е.Р. Исаевой (2009) […].

Многие авторы указывают на тесную взаимосвязь копинга и механизмов психологической защиты. Одни авторы считают психологическую защиту своеобразным "интрапсихическим копингом", или "механизмом совладания с внутренней тревогой"; другие авторы относят копинг к внешним, поведенческим проявлениям механизмов психологической защиты.

Близость понятий копинга и механизмов психологической защиты диктовала необходимость их разграничения, критерии которого были предложены N. Haan (1974). По мнению автора, копинг представляет собой динамический "параметр", использующийся индивидом сознательно и направленный на активное изменение ситуации. В отличие от копинга, механизмы психологической защиты являются статичным "параметром", реализующим пассивные механизмы, зависимые от интрапсихической деятельности и направленные на смягчение психического дискомфорта. Психологическая защита допускает также скрытые влечения и способствует процессу ожидания, при котором тревога может быть преодолена и без обязательного решения проблемы. N. Haan характеризует процессы совладания как целенаправленные, гибкие и адекватные реальности адаптивные действия, а защитные процессы она понимает как навязанные,

ригидные и искажающие реальность. Это мнение согласуется с точкой зрения R. Lazarus et al. (1966, 1984), которые рассматривают психологическую защиту как пассивное копинг-поведение, а защитные механизмы как интрапсихические формы преодоления стресса, предназначенные для снижения эмоционального напряжения раньше, чем изменится ситуация.

Известны попытки совместить сосуществование понятий "копинг" и "защита" по разным признакам (критериям): уровень осознавания, уровень произвольности, время появления в онтогенезе, характер и направление действия […].

Есть основания предполагать, что психологическая защита задает направление копингу, формирующемуся в более поздние сроки онтогенетического развития и закрепляющемуся в процессе накопления жизненного опыта. Диапазон используемых человеком в процессе жизни стратегий по разрешению ситуаций и преодолению требований среды зависит от сложившейся в раннем детстве структуры ведущих типов психологической защиты. При этом ведущая в структуре личности психологическая защита будет влиять как на когнитивную оценку стрессового события, так и на выработку соответствующих ей стратегий поведения по преодолению данного события, она как бы "задает коридор" для формирования последующего копинг-поведения […]. В более поздних своих работах Р.Лазарус утверждает, что совладание со стрессом зависит от типа переживаемого эмоционального состояния […].

В целом, в отечественной литературе механизмы психологической защиты и механизмы совладания (копинг-поведение) рассматриваются как важнейшие формы адаптационных процессов индивида. По мнению Б.Д. Карвасарского (1990), процессы совладания направлены на активное изменение ситуации и удовлетворение значимых потребностей, в то время как процессы компенсации и особенно защиты направлены на смягчение психического дискомфорта. Е.И. Чехлатый (1994) считает, что отличие механизмов совладания от механизмов психологической защиты в том, что первые используются индивидом сознательно, а вторые – неосознаваемы и пассивны […].

Копинг-ресурсы личности и адаптационный потенциал

Трехфакторная модель копинг-механизмов состоит из копинг-стратегий, копинг-ресурсов и копинг-поведения. Копинг-стратегии – это актуальные ответы личности на воспринимаемую угрозу, способ управления стрессором. Копинг-ресурсы представляют собой относительно стабильные личностные характеристики, обеспечивающие

психологический фон для преодоления стресса и способствующие развитию копинг-стратегий. Поведение индивида, регулируемое и сформированное посредством использования копинг-стратегий с учетом копинг-ресурсов, определяется как копинг-поведение.

[…] Для совладания с трудной жизненной ситуацией человеку необходимо задействовать весь свой потенциал. Вероятность развития психологического стресса зависит от особенностей личности, обусловливающих степень устойчивости к стрессу. Подобные черты, повышающие ресурсы противостояния стрессогенным ситуациям, обозначаются как чувство когерентности, "стрессоустойчивость" или "личностная выносливость", понимаемая как потенциальная способность активного преодоления трудностей. Ресурсы личности в значительной степени определяют способность к построению интегрированного поведения, что позволяет даже в условиях фрустрации, психической напряженности сохранить устойчивость избранной линии поведения, соразмерно учитывать собственные потребности и требования окружения, соотносить немедленные результаты и отставленные последствия тех или иных поступков. Психическая устойчивость связывается с умением человека ориентироваться на определенные цели, характером временной перспективы, организацией своей деятельности.

В зарубежных исследованиях широкую известность и популярность приобрела в 80-е годы концепция S. Kobasa и S.R. Maddi (1979, 1980), в которой личность, личностные свойства и преодоление рассматривались в терминах "hardiness" или "твердость, выносливость" личности. Твердость или крепость духа (воли) – это тенденция индивида воспринимать стрессоры как "вызов", как стимул для личностного развития и готовность противостоять им. Данный концепт понимался авторами как ресурс резистентности к стрессу.

Считается, что успешность адаптации к жизненным стрессам во многом определяется эффективностью развития личностно-средовых копинг-ресурсов. Так, например, S. Folkman (1984) выделяет следующие виды копинг-ресурсов:

- физические (здоровье, выносливость и т.п.);
- психологические (убеждения, самооценка, локус контроля, мораль);
- (индивидуальная социальная сеть, социальные поддерживающие системы и т.д.);
- материальные ресурсы (деньги, оборудование и т.д.).

Важнейшей характеристикой и ресурсом личности, по мнению В.Д. Небылицына (1976), является активность. По его мнению,

активность является ядром функционального состояния человека и служит побудительной силой мотивационного статуса человека.

По мнению Л.Н. Собчик, активность и сила личности составляют эмоционально-динамический паттерн индивида, уходящий своими корнями в тип высшей нервной деятельности и свойства нервной системы. […]

В настоящее время в исследованиях, посвященных изучению адаптационных возможностей личности, достаточно часто встречается понятие "личностный адаптационный потенциал" (Маклаков А.Г., Портнова А.Г., Богомолов А.М). […]

А.М. Богомолов рассматривает адаптационный потенциал как возможности личности к продуктивному прохождению адаптационного процесса, как способность личности (под воздействием внутренних и внешних факторов) к структурным и уровневым изменениям своих качеств и свойств, повышающим ее организованность и устойчивость. […] Динамические свойства адаптационных ресурсов и в целом потенциала, по мнению Богомолова, являются наиболее значимыми. […]

Современные отечественные исследователи утверждают, что целесообразно рассматривать совладание со стрессами с позиций внутреннего мира человека, и прежде всего его ценностей. Такие динамические образования, как направленность личности, ее мотивы и ценности, формируются в обществе, тесно связаны с характеристиками микросоциума и могут рассматриваться как личностный потенциал адаптации, ее адаптационный ресурс. По мнению Д.А. Леонтьева (1997), устойчивость личности определяется соотношением смыслообразующих мотивов с определенными поведенческими особенностями, со способами осуществления деятельности. На важность изучения совладания через призму ценностно-смысловой сферы личности указывала также в своих работах Л.И. Анцыферова. Е.Е. Торчинская (2001) изучала стратегии адаптации к жизни после тяжелой травмы позвоночника у пациентов в условиях депривации витальных и социальных потребностей (на примере спинальных больных). По ее мнению, в основе стратегий совладания и адаптации в условиях хронического стресса лежат различия в структуре ценностно-смысловой сферы человека.

Важными личностными ресурсами являются Я-концепция, восприятие социальной поддержки и др. психологические конструкты. […] В.М. Ялтонский с соавт. (2001) выделяют следующие характерологические особенности личности, позволяющие справиться с требованиями среды:

- уровень интеллекта (способность и возможность осуществлять когнитивную оценку проблемной ситуации);
- сформированность позитивной Я-концепции (самооценки, самоуважения, самоэффективности),
- интернальный локус контроля (умение контролировать свою жизнь, свое поведение, брать за это ответственность на себя);
- социальная компетентность (умение общаться с окружающими и знания о социальной действительности);
- эмпатия (умение сопереживать окружающим в процессе общения);
- аффилиация (желание и стремление общаться с людьми), и многие другие.

Помимо ресурсов личности, человек обладает и ресурсами социальной среды, которые также определяют его поведение. Низкое развитие средовых копинг-ресурсов (материальных, социальных) обусловливает формирование пассивного копинг-поведения, социальной изоляции, ведет к снижению качества жизни и дезинтеграции личности.

Важным в исследовании становления и функционирования адаптивного копинг-поведения является изучение социально-поддерживающего процесса. Социально-поддерживающий процесс включает в себя три компонента: социальные сети, субъективное восприятие социальной поддержки и копинг-стратегию "поиск социальной поддержки". Социальные сети являются источником социальной поддержки, которая оказывает смягчающий эффект воздействия стрессовой ситуации на личность.

В концепции R.S. Lazarus социальная поддержка подразделяется на эмоциональную, материальную или "ощутимую" и информационную. В салютогенной ("salutogenic concept") модели здоровья A. Antonovsky (1979) копинг и социальная поддержка являются центральными конструктами, определяющими понятие резистентности к стрессу. […] механизмы психологической адаптации тесно связаны с индивидуально-типологическими характеристиками личности (адаптационными ресурсами или копинг-ресурсами), поскольку формируются на основе типологических свойств и эмоционально-динамического паттерна личности.

В сочетании с накопленным индивидуальным опытом личностно-средового взаимодействия указанные психологические характеристики представляют собой, в конечном счете, адаптационный потенциал личности.

Нарушения психической адаптации и психосоматические расстройства

Критические жизненные события, включая болезнь, или связанные с профессиональной деятельностью хронические эмоциональные перегрузки предъявляют высокие требования к личностным ресурсам, адаптационному потенциалу человека в приспособлении к постоянно меняющимся условиям социального и профессионального функционирования. Поскольку человек строит свое поведение в соответствии с внешними условиями среды и своими внутренними возможностями, то с точки зрения системного подхода принято рассматривать адаптационный процесс как систему "человек действующий – ситуация". Нарушение баланса между требованиями среды и адаптационными возможностями личности требуют напряжения всех ресурсов (на всех уровнях функционирования организма) индивида с целью поддержания психического гомеостаза и сохранения целостности "Я". По мнению A. Antonovsky (1979), здоровье выступает как результирующая переменная действия трех факторов – стресса, ресурсов резистентности (в т.ч. копинга) и чувства когерентности (связности, непротиворечивости в системе отношений личности) [57]. Иначе говоря, личностная диспозиция (склад, особенности личности) зачастую выступает в роли модератора в преодолении стресса и поддержании психического и физического благополучия. Данная точка зрения в какой-то степени перекликается с общепризнанной в медицине биопсихосоциальной парадигмой. […]

Многообразие психосоматической и спровоцированной эмоциональным стрессом соматической патологии объясняется целостностью реакций ЦНС на все виды психического и физического воздействия на человека. Стрессор становится патогенным в том случае, если его сила превышает унаследованную и приобретённую реактивность (возможность адаптационных, защитно-приспособительных механизмов) соответствующей системы и организма в целом.

Один и тот же эмоциональный стрессор может у различных людей, в зависимости от преморбидных особенностей, оказывать различное влияние: с одной стороны, в рамках психологической и физиологической нормы – мобилизуя или дезорганизуя психическую деятельность и поведение; с другой стороны, – в рамках патологических реакций. […]

Ф.Б. Березин вообще говорит о нецелесообразности выделения психосоматических заболеваний как особого класса состояний на основе зависимости их генеза от воздействия психических факторов

[…] По мнению автора, большинство соматических и психосоматических заболеваний практически не различаются по данному признаку, а скорее образуют непрерывную последовательность, которую можно обозначить как "психосоматический континуум". Верхняя часть континуума – те патологические состояния, при которых роль социально-психологических механизмов, особенностей личности и актуального психического состояния особенно выражена (нарушения сердечного ритма, ИБС, нейроциркуляторная дистония, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь, бронхиальная астма и др.). Состояния, находящиеся в этой части континуума, обычно отличаются длительным течением; причем устойчивость особенностей личности и сложившихся неадекватных стереотипов социального взаимодействия служит важным фактором хронификации и рецидивирования патологических состояний. Нижнюю часть континуума образуют заболевания, для которых роль нарушений регулирования на социально-психологическом и психологическом уровнях относительно малозначима (пневмонии, пороки сердца, травматические поражения опорнодвигательного аппарата). При этих заболеваниях частота нарушений психической адаптации достоверно более низкая. Однако и в этом случае она значимо выше, чем в общем популяционном фоне […]

Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. – СПб. : Издательство СПбГМУ, 2009. – С. 8–46.

Никифорова Г.С.

КОНЦЕПЦИИ ПСИХИЧЕСКОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ

[…] Психологический стресс, обусловленный бытовыми проблемами, межличностными отношениями, содержанием профессиональной деятельности, информационными перегрузками, – пожалуй, одна из весьма неприятных сторон образа жизни современного человека. Довольно часто ему приходится пребывать в состоянии эмоционального напряжения, переживать чувство повышенной тревоги, беспокойства, неуверенности в себе. Состояние стресса сопровождается не только нарушением психического равновесия, но и целым рядом негативных изменений в функционировании физиологических механизмов (мышечные спазмы, повышение арте-

риального давления, ухудшение циркуляции крови, учащенное дыхание и др.).

Стрессоустойчивость, защита своего физического и психического здоровья от влияния факторов стресса во многом зависит от самого человека, его желания и умения пользоваться теми или иными приемами психической саморегуляции (ПСР). Предпочтение какого-либо из них должно соответствовать не только вкусам, но и определенным индивидуально-психологическим особенностям личности.

Важно, выбрав для себя приемлемый вид ПСР, придерживаться в дальнейшем одного непременного условия – постоянности и регулярности в овладении ее приемами. […]

Принято считать, что человек способен влиять на самого себя, используя три пути, которые в той или иной степени используются в ПСР: изменение тонуса скелетных мышц и дыхания; активное включение представлений и чувственных образов; использование программирующей и регулирующей роли слова.

Существует несколько концепций ПСР. А.С. Ромен определяет ПСР как регуляцию различных процессов и действий организма, осуществляемую им самим с помощью своей психической активности (самовоздействия). При этом за основу ПСР принимается самовнушение как сложный волевой процесс, обеспечивающий целевое формирование готовности организма к определенному действию и при необходимости – его реализацию.

В обшем случае под управлением принято понимат осуществление воздействий, выбранных из множеств а возможных на основании определенной информации и направленных на поддержание или улучшение функционирования управляемого объекта в соответствии с имеющейся целью управления.

Функционирование сложных динамических систем обеспечивается не только с помощью процессов управления, но и регулирования. Под регулированием по нимается приведение чего-либо в соответствие с установленными нормами, пра вилами. Процесс регулирования раскрывается как сравнение регулируемой вели чины с заданным значением, и в случае отклонения (рассогласования) ее от задан ного значения в объект регулирования поступает воздействие, восстанавливающее регулируемую величину. Управление и регулирование находятся в определенном соотношении между собой. […] регулирование рассматривается как частный случай управления[…] Все системы, которым присущи процессы управления, есть в то же время системы самоуправляемые, саморегулиру-

ющиеся. Главный отличительный признак самоуправляемых систем, поясняет Б. С. Украинцев, заключается в том, что они прежде всего выступают как системы функциональные. Процесс самоуправления в них направленна сохранение собственной целостности и качественной определенности, самообеспечение системой внутренних и – в известной степени – внешних условий ее сохране ния и развития.

В современной психологии еще не сложилось удовлетворительного толкова ния понятий самоуправления и саморегулирования. Нередко они используются как синонимы. […]

В самом общем случае будем понимать под **психическим самоуправлением** (саморегулированием) сознательные воздействия человека на присущие ему психические явления (процессы, состояния, свойства), выполняемую им деятельность, собственное поведение с целью поддержания (сохранения) или изменения характера их протекания (функционирования).

[…] субъектом самоуправления (саморегулирования) является сам человек, а в качестве объекта могут выступать присущие ему психические явления, выполняемая деятельность или собственное поведение. […]

Процессы психического самоуправления (саморегулирования) носят обязательно сознательный (но не всегда во всех фазах осознанный) и целенаправленный (следовательно, активный) характер. Конечно, психическое обеспечение де ятельности и поведения нельзя представить иначе, как через актуализацию тра диционно выделяемых психических явлений. Но из этого всего вовсе не следует, что каждое из них не может стать само по себе объектом специального регулятив ного воздействия вне контекста какого-то определенного вида деятельности или какой-то линии поведения. Например, занимаясь психической тренировкой (раз витием) памяти, внимания, быстроты реагирования и других процессов или ов ладевая навыками психической регуляции собственного состояния (с помощью аутогенной тренировки, например), человек может руководствоваться при этом целями общего характера, т. е, самосовершенствования, укрепления своего психи ческого здоровья, безотносительно к тому, в каких именно видах деятельности или поведенческих актах он воспользуется потом своими достижениями. Овладение методикой ПСР позволяет развить повышенную восприимчивость к самообращениям, самопобуждению, самоприказу и т. д. Франс говорил: "Нет магии сильнее, чем магия слова!", а Павлов утверждал, что слово – это самый острый скальпель, к которому нужно относиться так же "стерильно", как и к хирургическому инструменту.

Установлено, что систематическое применение различных модификаций методик ПСР позволяет нормализовать эмоционально-энергетические характеристики психики, в частности закрепить преимущественно позитивные психические состояния. Обнаружено влияние ПСР на жестко связанные с темпераментом личностные особенности, в том числе на такие показатели, как экстраверсия и нейротизм (отмечается тенденция к снижению интровертированности, повышается потребность в социальных контактах), снижаются показатели личностной и ситуативной тревожности, улучшается контроль за проявлением чувств, усиливаются выдержка, целеустремленность. У прошедших обучение ПСР снижается склонность к переживанию состояний неуверенности в себе, замешательства и растерянности, непродуктивной напряженности. Все это в совокупности повышает эффективность профессиональной деятельности, способствует укреплению психического здоровья.

В настоящее время существует значительное количество методических разновидностей ПСР, которые успешно применяются на практике. Наиболее известны из них – аутогенная тренировка (АТ), биологическая обратная связь (БОС), медитация, психомышечная, идеомоторная и визуомоторная тренировки.

Виды психической саморегуляции

Аутогенная тренировка (АТ). Это один из широко известных и практикуемых методов ПСР, разработанный И. Г. Шультцем в 1932 г. В основе его лежит применение специальных формул самовнушения, которые позволяют оказывать воздействие на процессы, происходящие в организме, в том числе не подающиеся в обычных условиях контролю сознания. Название "аутогенная тренировка" происходит от греческих слов *autos* – сам и *genos* – род, т. е. "самопорождающая тренировка".

Как любой научный метод, аутотренинг возник не на пустом месте. Принято выделять следующие *источники АТ:*

1. практика использования самовнушения так называемой малой нансийской школой (Ch. Baudouin, E. Coue);
2. эмпирические находки древнеиндийской системы йогов;
3. исследования ощущений людей при гипнотическом внушении (I. Schultz);
4. психофизиологические исследования нервно-мышечного компонента эмоций;
5. разъясняющая (рациональная) психотерапия (Дюбуа, В. М. Бехтерев).

Основные принципы методики аутогенной тренировки изложены И. Г. Шультцем в монографии "Аутогенная тренировка" (1932) и в совместном с В. Люте шеститомнике "Руководство по АТ" (1969-1973), где авторы указывают на огромные возможности АТ как средства самовоспитания и активизации резервных возможностей человека. И. Г. Шультц определял АТ как самовоспитание с помощью специальных упражнений и считал ее одним из методов психотерапии. К психофизиологическим механизмам аутогенной тренировки относятся: тренировка в переключении и сосредоточении внимания; механизм освобождения от "мышечных зажимов"; снижение уровня бодрствования.

В настоящее время в отечественной психологии под АТ понимается система приемов психического самовоздействия, обучающая управлению некоторыми вегетативными функциями и психическими процессами. Центральное звено АТ -развитие навыка расслабления мышц (релаксация). Владение искусством расслабления необходимо для поддержания здоровья и динамического равновесия в организме, снятия симптомов стрессорного воздействия, для обеспечения полноценного отдыха тела и ума от физических и психических нагрузок. Вместе с тем АТ таит в себе возможности совершенствования личности, развития, усиления психических процессов (например, мышления, воли, внимания и др.), формирования навыков самообладания, стрессоустойчивости. Ключевая роль в успешном овладении методом АТ принадлежит самоконтролю, который сопровождает процесс развития релаксационного состояния.

Метод прогрессирующей релаксации (от лат. relaxatio – уменьшение напряжения, ослабление) для снятия нервно-психического напряжения был предложен в 1922 г. Д. Джейкобсоном. Занимаясь методами объективной регистрации эмоциональных состояний и мышечного напряжения, он обнаружил, что каждому определенному типу эмоционального возбуждения соответствует и напряжение определенной мышечной группы. Например, депрессивные состояния закономерно сопровождаются напряжением дыхательной мускулатуры; при возникновении эмоции страха напрягаются мышцы артикуляции и фонации, а также затылочные мышцы. Релаксация может быть как непроизвольной (например, расслабленность при отходе ко сну), так и произвольной, вызываемой путем принятия спокойной позы, представления состояний, обычно соответствующих покою, расслабления мышц, вовлеченных в различные виды активности.

Согласно основному принципу упражнений, в АТ вырабатывается концентрированное расслабление в шести сферах:

мускулатуре, кровеносных сосудах, сердце, органах дыхания, органах брюшной полости, голове. Релаксация вызывается на фоне установки на покой и отдых посредством трех действий: проговаривание определенных словесных формул; управление вниманием; образные представления.

Поскольку цель релаксационного состояния – восстановление сил, то максимальное, чего мы можем добиться, – это хорошее самочувствие и уравновешенность.

Особое место, по нашему мнению, в понимании закономерностей процессов ПОР должно быть отведено изучению индивидуальных особенностей человека. В принципе, этот вопрос может быть рассмотрен в двух аспектах:

1. Какие индивидуально-психологические особенности оказывают влияние на успешность овладения приемами психической саморегуляции состояния, а какие, напротив, затрудняют этот процесс?

2. Как сами индивидуально-психологические особенности изменяются в результате использования приемов саморегуляции?

Х. Линдеман, один из признанных авторитетов по АТ, отмечает, что более успешно овладевают ПОР люди "мягкие", с богатой эмоциональной жизнью, терпеливые, уравновешенные, умеющие хорошо идентифицировать себя с создаваемым образом. Соответственно доминирование таких черт, как повышенная активность, нервность, агрессивность, эгоцентричность, затрудняет выработку навыков саморегуляции психических состояний по методу АТ. Так называемые "сильные личности" тоже, по мнению Линдемана, не могут рассчитывать на значительные результаты в этом деле. Люди со слуховой или моторно-слуховой конституцией дольше усваивают этот метод, чем люди со зрительным типом восприятия.

Одна из первых попыток изучения психологических аспектов длительного (на протяжении восьми месяцев) применения АТ в условиях производства показала, что регулярность посещения занятий зависит от индивидуально-типологических и личностных особенностей обучающихся. У лиц, систематически посещавших занятия, оказались выраженными такие качества, как низкая подвижность торможения, интроверсия, нейротизм, личностная тревожность (диапазон оценок от 51 до 60 баллов по методике Ч. Спилбергера), дисциплинированность. Соответственно лицам, нерегулярно посещавшим занятия или отказавшимся от них, были присущи высокая подвижность торможения, экстраверсия, личностная тревожность (диапазон оценок ниже 50 баллов или выше 61 балла),

экспрессивность поведения, недисциплинированность. Было отмечено также, что в ходе длительных занятий АТ произошло изменение некоторых устойчивых личностных особенностей, направленность которых свидетельствует о преимущественном сдвиге (улучшение) характеристик эмоционально-волевой сферы, оказывающих благоприятное влияние на трудовую деятельность. У лиц, систематически посещающих занятия, наметилась тенденция к снижению интровертированности, более отчетливо проявилось уменьшение эмоциональной лабильности, отмечено статистически достоверное снижение показателя нейротизма и оценок личностной тревожности. Лица, полностью прошедшие длительный курс АТ, стали более выдержанными, спокойными, лучше контролировали свои чувства и поступки. Они в меньшей степени склонны к переживанию неуверенности в себе и фрустрированности.

Существует *три классических положения* для аутогенной тренировки: лежа на спине; сидя; сидя в позе "кучера". Это устоявшиеся позы, но в зависимости от обстановки можно импровизировать. Главное – простота, естественность и устойчивость.

АТ состоит из двух ступеней – низшей и высшей. *Низшая ступень* предназначена главным образом для снятия нервного напряжения, успокоения, обучения навыкам расслабления и управления своим телом. Эта ступень включает упражнения, направленные на вызывание тяжести (мышечное расслабление), ощущения тепла (расширение сосудов), прохлады в области лба; регуляцию деятельности сердца, органов брюшной полости и дыхания.

К основным, классическим формулам самовнушения низшей ступени АТ относятся следующие:

- Я совершенно спокоен.
- Правая (левая) рука очень тяжелая.
- Правая (левая) рука очень теплая.
- Сердце бьется спокойно и сильно.
- Дыхание совершенно спокойное, мне дышится легко.
- Солнечное сплетение излучает тепло.
- Лоб приятно прохладен.

К высшей ступени аутогенной тренировки (АТ-2) Шультц относил упражнения, цель которых заключается в тренировке процессов воображения (со способностью к визуализации представлений) и нейтрализации аффективных переживаний. Эта ступень включает медитацию на цвете, образе, образе определенного цвета, абстрактной идее, эмоциональном состоянии, человеке.

Тренировку высших психических функций обычно представляют в виде пяти блоков:

- Аутогенное погружение.
- Стандартные упражнения АТ-1.
- Упражнение, способствующее концентрации внимания.
- Упражнения по регуляции мышечного тонуса (по Д. Джейкобсону) для развития способности нейтрализовать внешние проявления отрицательных эмоций.
- Упражнения по моделированию эмоций применительно к конкретной жизненной ситуации (активизирующие, мобилизующие, успокаивающие, "сюжетное воображение", идеомоторные представления, "репетиции успеха" и т. п.).

Если для овладения первой ступенью требуется в среднем 3 месяца занятий по 10–30 минут ежедневно, то на овладение второй ступенью АТ уходит около 8 месяцев. Неслучайно низшая ступень АТ получила широкое распространение почти во всем мире, но высшей ступенью занимаются лишь очень немногие специалисты.

К наиболее распространенным *модификациям* относятся:

1. *АТ первой ступени (А Т-* 1): "активное самовнушение" (А. С. Ромен, 1971); психогигиеническая саморегуляция, или репродуктивная тренировка (Г. С. Беляев, В. С. Лобзин, И. А. Копылова, А. Г. Попов, 1978, 1980); психорегулирующая (психомышечная) тренировка (А. В. Алексеев, 1966, Л. Д. Гиссен, Фрестер, Френер, 1977); эмоционально-волевая тренировка (А.Г.Филатов, 1979); систематическая десенсибилизация (Ю. Л. Ханин); биологическая обратная связь (К. И. Мировский, (К. И. Мировский, W Luthe); "направленная тренировка органов" (H. Kleinsorge, G. Klumbies, 1965); модификация D. Muller-Hegemann (1957); регуляция мышечного тонуса (B. Stokvis); ступенчатый активный гипноз (E. Kretschmer); психотоническая тренировка (К. И. Мировский, А. Н. Шогам, Э. де Винтер, 1959); коллективно-индивидуальный метод (Г. С. Беляев); активизирующая терапия (К. Келер, Р. Фрестер, 1968, 1972); метод регуля ции эмоциональных состояний (В. Л. Марищук).

2. *АТ высших ступеней (АТ-2):* аутогенная медитация (I. Schultz); аутогенная терапия (W. Luthe); аутогенное отреагирование (W. Luthe); аутогенная вер бализация (W Luthe).

Х. Линдеман, написавший книгу "Аутогенная тренировка. Путь к восстановлению здоровья и работоспособности", осуществил смелый эксперимент, чтобы доказать возможности этого метода оздоровления. Овладев АТ, он в одиночку переплыл Атлантический океан в надувной резиновой лодке. Главными гарантиями своего успеха он

считал убедительную мотивацию, уверенность в своих силах и конечном успехе. Все это позволило преодолеть сомнения и колебания, сопутствующие необычному путешествию. Вспомним в этой связи слова Ле Бона в "Психологии масс": "Поверить – значит удесятерить свои силы".

Главный постулат АТ состоит в том, что мысленно воображаемые образы вызывают физические реакции организма, реализующие эти образы. Любопытной в этом плане выглядит история, описанная венгерским писателем И. Рат-Веггом в книге "Пестрые рассказы". Придворный шут по имени Гонелла заслужил немилость своего князя и был приговорен к смертной казни. С завязанными глазами шута привели на эшафот и положили его голову на плаху. Приговоренный был убежден в неотвратимости казни. Князь же, сменив гнев на милость, решил сыграть шутку. По его знаку палач должен был всего лишь вылить на шею провинившегося кувшин холодной воды. Шутка кончилась трагически: Гонелла умер, едва почувствовал холодное прикосновение.

Следует отметить, что проблемой регулирования различных функций человеческого организма с помощью принципа *самовнушения* одними из первых начали заниматься йоги. Система йогов появилась задолго до нашей эры и имела своей целью попытку сделать человека совершенным, добиться высшего счастья общения, "слияния" с богами. Это блаженное состояние, характеризующееся отрешением от мирской обыденности и "растворением" в божественном начале, йоги назвали "самадхи" (нирвана).

В конце прошлого и в начале нашего столетия проблемой самовнушения занимались: Э. Куэ во Франции, Э. Кречмер в Германии, В. М. Бехтерев в России и другие ученых в разных странах. Все они пришли к выводу, что в основе методов самовнушения лежат два главных механизма: дремотное состояние и сосредоточенное ненапряженное внимание.

О силе самовнушения свидетельствуют и известные факты из жизни классиков мировой литературы. Гюстав Флобер, описывая эпизод отравления и смерти Эммы в романе "Госпожа Бовари", ощущал во рту вкус мышьяка, более того, наблюдались явные симптомы отравления. В воспоминаниях жены Горького М. Ф. Андреевой описан такой случай. […] По данным медицинской статистики, зарубежные клиники на 20–25% заполнены так называемыми больными, заболевание которых возникло под влиянием самовнушения.

Хорошо зарекомендовала себя на практике **методика СКР (самоконтроль-саморегуляция)**, созданная В. Л. Марищуком и

предназначенная для развития навыков саморегуляции эмоциональных состояний. Сущность методики заключается в формировании у обучающихся навыков и умений управления своим эмоциональным состоянием по внешним проявлениям эмоций. Навык контролировать свое эмоциональное состояние формируется по отношению к трем признакам: сокращению мышц лица, конечностей и учащенному дыханию с сокращенной фазой выдоха. Управление состоянием осуществляется по результатам самооценки мимических проявлений, скованности, статичности позы, мышечного напряжения, частоты дыхания. При эмоциональном напряжении, волнении, нарастающем раздражении воздействие оказывают посредством произвольного расслабления лицевых мышечных групп, принятия комфортного положения тела, ритмического дыхания с удлиненной фазой выдоха. Умению эффективно осуществлять самоконтроль и необходимое воздействие в ответ на ту или иную форму проявления эмоциональной напряженности человек обучается в ходе специальных тренировок.

Эффективной методикой, позволяющей повысить надежность профессиональной деятельности специалистов, является применение **систематической десенсибилизации в сочетании с АТ**. […]

Под *психической десенсибилизацией* понимается процесс уменьшения или ликвидации неприятных чувств, тех или иных отрицательных эмоций, например боли, страха, голода, жажды. *Суть методики систематической десенсибилизации,* разработанной Дж. Уолпом, заключается в вербальном предъявлении проранжированных психотравмирующих ситуаций человеку со сниженным статусом коры. В психологическом плане невротическая реакция рассматривается при этом как результат приобретения неблагоприятной привычки к тревоге, дезадаптации в конкретной ситуации взаимодействия.

Методика систематической десенсибилизации предусматривает ряд последовательных шагов, включающих составление объективного, без оценок и метафор, описания стрессогенной ситуации, адекватного поведения в ней и многократное воздействие подготовленного текста в состоянии релаксации. Текст, предназначенный для систематической десенсибилизации, должен быть кратким, точно описывающим признаки стрессогенной ситуации. При этом избегается использование частицы "не". Наиболее эффективно 3–5-кратное применение систематической десенсибилизации за 1–2 дня до включения в стрессогенную ситуацию. Мысленные образы, возникающие в связи с формулами психической десенсибилизации, порож-

дают сначала безразличное, а затем и отрицательное отношение к тому или иному раздражителю, явлению, предмету. Вслед за этим исчезает стремление к удовлетворению ненужных, мешающих и вредных желаний.

Биологическая обратная связь (БОС). Метод БОС, в основу которого положены различные инструментальные приемы реализации обратной связи, позволяет обучиться сознательному контролю и произвольному воздействию на ряд исходно неощущаемых и несознаваемых процессов (функций) в организме (биоэлектрическая активность мозга, сердечный ритм, показатели температуры тела, давление крови, мышечная релаксация и др.) – БОС обеспечивается с помощью электрофизиологической аппаратуры, которая измеряет и представляет (в зрительном или слуховом варианте) текущие результаты воздействия на протекание того или иного непроизвольного физиологического процесса, тем самым давая постоянную возможность субъекту саморегуляции контролировать характер его развития.

В рамках бихевиоральной медицины, которая начала оформляться в начале 70-х гг. XX в., этот метод зарекомендовал себя как эффективная терапевтическая техника. Он применяется при лечении повышенного кровяного давления, сердечно-сосудистых заболеваний, головных болей, общей и ситуативной тревожности, фобий и ряда психосоматических заболеваний.

Методику БОС впервые описала Б. Браун, выпустившая в 1977 г. книгу "Стресс и искусство биологической обратной связи", в которой рассматривались эффекты комбинированного использования АТ и современных инструментальных техник, позволяющих получать с помощью обратной связи немедленную информацию о физиологических изменениях. Пользуясь возможностью, предоставляемой БОС, человек вырабатывает своеобразный условный рефлекс, научается хорошо владеть той функцией, которая раньше не поддавалась произвольной регуляции. Так, для осуществления осознанного самоконтроля за кровяным давлением можно использовать звучание тона, высота которого будет изменяться в зависимости от уровня давления, а для самоконтроля за частотой сердечных сокращений можно использовать измеритель пульса со световой и звуковой индикацией частоты пульса. В опытах И. С. Бреслава человек научился произвольно поддерживать заданный ему постоянный уровень легочной вентиляции, контролируя себя по показаниям измерительного прибора; используя для самоконтроля звук, тональность которого изменялась в зависимости от уровня кровяного

давления, частоты сердцебиения, он обучался поддерживать эти показатели в заданных границах.

Необходимо признать, что в отечественной науке психологические вопросы саморегуляции состояния по методу БОС изучены пока недостаточно. Одним из первых шагов в этом направлении стала работа, выполненная А. К. Польшиным. В ней предпринята попытка выявить закономерности процесса формирования произвольной саморегуляции с помощью данного метода. Как показывают исследования, на эффективность упражнений по методу БОС влияют следующие индивидуально-психологические особенности:

- эмоциональная устойчивость;
- уравновешенность внутреннего мира;
- уровень психической активности и интенсивность эмоциональных реакций;
- преимущественная опора человека на первосигнальные или второсигнальные регулирующие образы.

По данным А. М. Свядоща, после 1,5–2-месячного курса интенсивной АТ в сочетании с БОС у операторов на 49% повышается производительность труда при выполнении заданий, требующих высокой устойчивости внимания; на 21% улучшается решение задач, связанных с оперированием наглядно-образными представлениями; на 22% увеличивается точность оценки временных показателей.

Для повышения функционального уровня у здоровых людей применяются различные виды БОС. Наиболее распространены из них следующие:

- *электромиографическая (ЭМГ) ОС* (используется для расслабления лобной мышцы);
- *электроэнцефалографическая (ЭЭГ) ОС* (служит для контроля конкретного психического состояния);
- *электрокожная ОС* (используется при релаксации в стрессовых состояниях, для измерения уровня возбуждения, а также как вспомогательное средство, например при десенсибилизации);
- *кожнотемпературная ОС* (используется при обучении релаксации);
- *кардиоритмическая ОС* (для произвольного изменения ЧСС).

Метод БОС имеет некоторые особенности практического применения по сравнению с АТ. Одна из них касается способа организации обратной связи: он дает возможность организовать постоянное получение информации о достигнутых результатах обучения и их точной количественной оценке. Другая особенность заключается в самом характере произвольных воздействий, с помощью которых

субъект пытается влиять на характер изменения той или иной функции. Если в методе АТ в их основу положены словесные формулы самовнушения, то метод БОС требует от субъекта саморегуляции выработки специальных приемов самовоздействия. Исследования в области инженерной психологии позволяют уверенно говорить о возможности применения БОС в целях контроля текущего функционального состояния человека-оператора, а также для решения вопросов профессиональной ориентации и отбора, повышения качества операторской деятельности в эмоционально осложненных условиях. На основе БОС человека-оператора можно обучить, например, произвольно контролировать и регулировать частоту сокращений сердца, дыхание, кровяное давление, мышечное напряжение, электрическую активность мозга. На наш взгляд, из всех ныне известных способов саморегуляции стресса БОС представляется наиболее перспективным, особенно если он используется в сочетании с идеомоторной тренировкой или десенсибилизацией. В целом можно сказать, что обучение субъекта профессиональной деятельности умению произвольно осуществлять регуляцию своих психических состояний открывает серьезные перспективы для борьбы с последствиями воздействия различных стрессоров, для интенсификации периодов отдыха.

Медитация. В последнее время за рубежом, прежде всего в западных странах, все большее распространение в формировании стрессоустойчивости находит ме тод медитации. Слово "медитация" происходит от латинского *meditatio – "сосре доточенность"* и используется для перевода на европейские языки санскритского термина "дхьана", означающего "размышление, углубление".

Под медитацией принято понимать серию мыслительных действий, цель которых – достичь особого состояния организма человека, характеризующегося погруженностью в глубокое физическое и психическое успокоение, отрешенностью от внешнего мира, во время которого сохраняется способность к размышлениям – оперированию образами на заранее намеченную тему.

Достигается медитация путем концентрации внутренне направленного внимания, возможно большего мышечного расслабления (релаксации) и эмоционального покоя. Одно из существенных преимуществ медитации по сравнению с другими методами ПСР заключается в ее сравнительной простоте. Она позволяет снять эмоциональное напряжение, привести психическое состояние к равновесию. Медитация хорошо зарекомендовала себя как эффективная защита организма от разрушительного влияния стресса. Она способствует

снижению мышечного напряжения, регуляции дыхания, нормализации пульса, снятию остроты чувства тревоги и страха.

Экспериментально установлено, что человек в состоянии медитации способен увеличивать на продолжительное время частоту пульса до 300 ударов в минуту или же замедлять его до полной остановки, а также контролировать понижение и повышение температуры тела, причем в разных его частях. Доказано, что медитация как система психотехнических приемов, предназначенных для вхождения в определенные состояния сознания и пребывания в них во время выполнения какой-либо деятельности, предполагает достижение следующих эффектов:

- нормализации нервных процессов;
- повышения жизненного тонуса;
- формирования воли;
- развития интеллектуальных способностей;
- улучшения памяти и внимания;
- изменения отдельных черт темперамента и характера;
- улучшения работоспособности;
- снижения конфликтности при взаимодействии с другими людьми;
- предотвращения и преодоления различных заболеваний.

Техники медитирования многообразны. Каждый человек может, в конечном счете, остановиться на том варианте упражнения, который субъективно будет наиболее приемлемым. Однако далеко не все люди останавливают свой выбор на данном методе ПСР. При этом они руководствуются разными соображениями. Одни, например, не решаются даже на время оградить себя от внешних воздействий, освободиться от потока мыслей. Другие считают медитацию частью каких-то религиозных конфессий, с которыми они не хотят иметь ничего общего.

Йога. Большинство известных сегодня видов ПСР, используемых в них методических приемов и процедур, так или иначе, прямо или косвенно, но уходят своими корнями в древнеиндийскую систему йогов, созданную усилиями многих поколений людей. Создатель АТ немецкий психотерапевт И.Шультц, прежде чем изложить свою концепцию, посетил Индию и основательно изучил опыт местных йогов. Метод БОС, позволяющий человеку научиться произвольно управлять обычно неосознаваемыми процессами, протекающими в организме, стал применяться в западных странах только во второй половине XX в. Йоги умели в совершенстве овладевать подобными

приемами самовоздействия с давних времен и без помощи какой-либо специальной аппаратуры. […]

Йога – это детально разработанная система всестороннего физического и психического развития человека, укрепления и сохранения здоровья. Она рассматривает человека как единое целое, дает исчерпывающие рекомендации по здоровому образу жизни. Одной из основных ее целей является гармонизация физического, психического и духовного начал в человеке.

Стабильность личности, ее стрессоустойчивость, психическое равновесие она трактует как важнейшие условия здоровой жизни. Наряду с таким подходом существует и мнение о том, что йогу следует рассматривать как религиозно-философское учение. Однако оно встречает категорическое возражение прежде всего со стороны признанных авторитетов в этой области. Один из них, Дхирендра Брахмачари, дает развернутое суждение о сущности йоги. По его мнению, йога означает дисциплину ума и тела. Она не предназначена для какого-то замкнутого круга. Практические занятия йогой не означают, что человек должен стать отшельником и жить в уединении в горах. Это самый обыкновенный человек, живущий нормальной жизнью. Для занятия йогой не имеет значения ни профессия, ни классовая принадлежность, ни религия, ни национальность, ни возраст. В йоге нет ничего мистического, она не является религиозным верованием или обрядом. Цель ее – последовательно развить такие качества организма, которые позволяют понять действительность и утвердить самосознание, поддерживая здоровое функционирование мозга и психики. Этого можно достичь, последовательно проходя по различным ступеням йоги […]

Большинство авторов, насколько позволяют судить специальные публикации по этому направлению, склонны видеть в йоге прежде всего науку. Так, Шри Свами Рама (1995), йог высочайшей квалификации, ученый и философ, определяет йогу как универсальную науку для самосовершенствования и рассеивания невежества. Все методы саморазвития, считает он, какие только можно найти в различных религиях, уже были описаны в литературе по йоге. Сегодня йога – предмет научных исследований в целом ряде специальных институтов и отдельных лабораторий в самой Индии, а также в США и во многих европейских странах. Их результаты регулярно публикуются в журналах по данной проблематике, монографиях, популярной литературе. Полученные с опорой на современные достижения в области естественных наук и организации эксперимента, они лишь подтверждают в главном те огромные воз-

можности йоги по физическому и психическому совершенствованию человека, укреплению его здоровья, о которых уже хорошо знали те, кто еще с древних времен стояли у ее истоков.

Психологический фактор играет в йоге решающее значение. Его роль настолько высока, что это само по себе позволило говорить о ней как о психологической науке. Именно так, как древнеиндусскую психологическую науку, и квалифицирует йогу известный индийский философ Чаттерджи. А. Д. Неру, один из популярнейших руководителей Индии в недавнем прошлом, полагал, что йога основана на психологической теории и поэтому должна быть в поле внимания современной психологии. В изданиях самого последнего времени тоже проводится мысль о том, что йога проявляет себя прежде всего как строжайшая наука, овладевшая всей глубиной психологии человека. Тщательное изучение практического опыта йогов позволит, по мнению одного из крупнейших специалистов в этой области В. Эванса-Вентца, психологам и физиологам сформулировать совершенно новый взгляд на психологическое и физическое функционирование человеческого организма во время как обычных, так и необычных, удивительных состояний сознания.

Самоконтроль – главное условие успеха в овладении техникой исполнения различных упражнений по системе йога. Самоконтролю и самообладанию йога отводит значительную роль. Систематические и правильно организованные тренировки дисциплинируют проявления эмоциональной сферы, подчиняют их сознательному контролю и управлению, усиливают в целом сопротивляемость стрессу. Постоянное обращение к самоконтролю во время упражнений постепенно приводит к закреплению его как устойчивой личностной характеристики.

Техника медитации йогов связана с такими понятиями, как янтры и мантры. *Янтры* – это реальные или воображаемые графические изображения. Установлено, что фигуры разнообразной формы и цвета оказывают различное влияние на психическое состояние человека. Так, зигзагообразная линия с острыми углами создает впечатление резкого изменения, накопления и разряда энергии, вызывает у человека чувство напряженности, тревоги. Фигуры с радиально расходящимися прямыми создают иллюзию излучения, квадрат связывают с представлением завершенности, круг – с космической бесконечностью и абсолютной гармонией. Определенное влияние на психическое состояние оказывают и различные цвета. Так, красный цвет возбуждает, а фиолетовый успокаивает; желтый концентрирует внимание, а синий и красный – рассеивают;

оранжевый цвет порождает прилив энергии, амбицию и стремление к триумфу. Эффект воздействия формы и цвета на психическое состояние человека лежит в основе практики лайя-йоги. Медитация здесь проводится посредством концентрации внимания на янтрах.

Мантры – это звукосочетания, эмоционально воздействующие на человека за счет выразительности, громкости, музыкальности произнесенных слов. Следует признать, что зависимость силы воздействия человеческой речи от ее структуры – еще мало разработанная область знаний. Слова, смысл которых конкретен *(день, ночь, холод, тепло, кисло),* обладают большей суггестивной силой, чем слова с абстрактным смыслом *(справедливость, честность, искренность).* Чем выше степень абстракции при описании образа, тем меньше его суггестивное воздействие. Таким образом, если стоит задача сформировать образ отдельно взятого человека, следует говорить не о человечестве вообще, а о конкретных качествах конкретного человека.

Суггестивное воздействие речи повышают такие ее качества, как мягкость и сила голоса, паузы, использование эффекта неожиданности. На эмоциональное состояние человека оказывает влияние не только смысл и интонация речи, но и определенное звукосочетание слов. Такие слова, *как мама, детство, солнце,* вызывают субъективно теплые ощущения, а слова *подъем, команда, ура* – жесткие, стимулирующие к действию. Любопытно, что звук "р" присутствует в слове "красный" почти во всех европейских языках. При воздействии словом важно не только его смысловое содержание, но и звуковая структура. Так, присутствие в слове звука "и" создает впечатление чего-то маленького, узкого, незначительного, холодного, звук "о" вызывает состояние расслабленности, мягкости, теплоты. Наличие звуков "а", "е", "и" создает ощущение чего-то белого, светлого, желтого, красного, яркого; звуки "ы", "о", "у" ассоциируются с мрачным, темным.

Сознательное воздействие на человека с помощью слов или словосочетаний практиковалось еще в глубокой древности. Многократное повторение определенных, чаще всего бессмысленных, слов широко распространено в практике народной медицины, культовых обрядов, присуще стрессовым ситуациям. В таком воздействии бессмысленного ряда слов на психику человека нет ничего абсурдного, так как в этом случае воздействует не смысловая нагрузка, не информация, а звукосочетание.

Для занятий медитацией принимаются специальные позы тела, называемые *асанами.* Согласно учителям йоги, ключ к успеху заклю-

чается в обязательном соблюдении трех условий: *последовательность, регулярность* и *умеренность.* Движения ученика должны быть не только правильными, но и плавными, мягкими, не допускающими никакого насилия над собой. Вместе с тем надо поддерживать устойчивое сосредоточение на той части тела (или том физиологическом органе), на которую направлено воздействие асаны. Тот, кто следует этим наставлениям, обязательно ощутит на себе благотворное, оздоровительное воздействие асан. Считается, что человек только тогда овладел асаной, когда он может непринужденно находиться в этой позе не менее 3 часов. Говоря об асанах, мы имеем в виду прежде всего хатха-йогу. *Хатха-йога* – это физическая йога, где, как говорили древние, 99% практики и 1% вдохновения. Но только тот добьется успеха, кто вложит в занятия 100% пота и 100% вдохновения. Асаны, выполняемые на первый взгляд с такой легкостью ведущими гуру Индии, стоят им порой 10-15-часовых ежедневных занятий.

После комплекса асан идут занятия *пранаямой* – системой дыхательных упражнений. Они тоже требуют осознанной и строго контролируемой техники исполнения. Пранаяма вобрала в себя за многовековую историю йоги уникальные знания о правильной организации дыхания и его возможностях в профилактике заболеваний, укреплении организма, поддержании и восстановлении физического здоровья человека. Лежа с закрытыми глазами либо сидя в любой удобной асане, занимающийся стремится ни о чем не думать и сконцентрировать внимание только на одной точке – у себя на лбу. Кстати, именно это место помечают специальной краской индийцы.

Индийский физиолог и врач В. Бхоле со своими сотрудниками провел клиническое изучение пациентов, которые получали лечение йоготерапией по поводу самых разных заболеваний. Было установлено, что даже один только комплекс дыхательных упражнений способен полностью вылечить такие болезни, как хронический бронхит, гастрит, колит. Подобные заявления можно было бы считать фантастикой, если бы они не имели научного подтверждения. На сегодняшний день благоприятное влияние на работоспособность упражнений йогов можно считать доказанным. Но очень важно, чтобы они были подобраны индивидуально. Видимо, не случайно академик Н. М. Амосов включил в свой ежедневный физкультурный комплекс только три упражнения йогов, а академик А. Н. Микулин – лишь четыре асаны. Чрезмерное увлечение ими может навредить.

Классификация техник медитации:

1. Техники *пассивной медитации:* техника негативной концентрации на различных частях тела; техника быстрой релаксации; концентрация на медитативной музыке; концентрация на дыхании; концентрация на позе; мантра-медитация; медитация на определенных фразах; медитация на янтрах; медитация на чакрах; концентрация на муладхаре, свадхистхане, манитуре, анахате, вишудхе, аджне; техника стимулирования деятельности вегетативной нервной системы (лайя-йога); медитация на позвоночнике.

2. Техники *динамической медитации:* медитация на процессе приема пищи; медитация на ходьбе; медитация на позе тела; осознание привычек и автоматизмов; осознание на беседе с другим человеком; осознание на собственном поведении. В Японии одна из самых популярных форм динамической медитации – церемония приготовления чая.

Систематические и правильно организованные занятий йогой влекут за собой коренные изменения личности. Под их воздействием человек становится все более совершенным субъектом самоуправления. Психическое равновесие и стабильность становятся его характерными чертами. Крепкое физическое и психическое здоровье – одно из самых ценных вознаграждений занимающемуся йогой за настойчивость и последовательность на этом пути.

Психомышечная тренировка. В апреле 1966 г. в лаборатории психологии ВНИИФКа врачом-психиатром А. В. Алексеевым была разработана новая методика самовнушения, которая в дальнейшем получила название *"психорегулирующая тренировка" (ПРТ).* Она […] берет свое начало от АТ Шультца.

В ПРТ две части – "успокаивающая" и "мобилизующая", которые характеризуются следующими особенностями: отсутствует формула "тяжести"; имеется мобилизующая часть; в одном комплексе объединяются успокаивающая и мобилизующая части с разнонаправленным характером действия; последовательность формул систематизирована, и значительно сокращены сроки обучения начальным приемам саморегуляции.

Полный набор формул успокаивающей части ПРТ, применяющийся только при обучении, очень подробный. Он содержит 50 формул, объединенных в пять групп. В каждой группе – стереотипная последовательность, к которой обучающиеся быстро привыкают и которая способствует четкости построения всей структуры ПРТ. Большое число формул в начале обучения позволяет показать участникам последовательность "внутренней работы", в дальнейшем она

прокладывает дорогу для будущего, когда такого обилия формул уже не потребуется. По мере овладения приемами успокаивающей части ПРТ число формул постепенно сокращается. Поскольку предшествующими повторениями рефлекс выработан и закреплен, далее он реализуется целиком, сразу. С этого времени применяются сокращенные наборы формул, обеспечивающие быстрый переход в состояние аутогенного погружения, которое обучающимся остается только поддерживать, сосредоточиваясь на расслаблении мышц. Наиболее сложны и требуют более длительной отработки мобилизующие приемы так называемой *психотонической тренировки,* разработанной К. И. Мировским и А. Н. Шогамом для лиц с пониженным общим тонусом, гипотонией, астенией, апатией, т. е. для тех, кому противопоказана аутогенная тренировка. Действие мобилизующей части связано с достижением ощущений и представлений, противоположных успокоению, – напряжения мускулатуры, озноба, прохлады. Тонизирующие формулы (как и формулы успокоения) могут быть выражены разными словами. Важно, чтобы они были понятны и доступны занимающемуся. Каждый человек может сам подобрать наиболее выразительные для него формулировки, вспомнить из своей практики наиболее близкие ощущения. Так, для получения ощущения холода на коже можно использовать формулировку "Волосы на руках остекленели", представляя при этом "гусиную кожу", волосы как осколки льдинок.

В психопрофилактической работе необходимо применение двух противоположно направленных приемов психической саморегуляции – успокоения и мобилизации. Только так можно обеспечить тонко направленное влияние на состояние. Объективные данные о результатах воздействия ПРТ на психическое состояние людей обычно регистрируются с помощью электрокожного сопротивления (ЭКС), температуры кожи, тонуса мышц, частоты сердечных сокращений, коэффициента скорости поглощения кислорода (КСПК).

Предложенный метод ПСР постоянно совершенствовался, и в 1973 г. появился новый, укороченный вариант успокаивающей части ПРТ, названный *психомышечной тренировкой (ПМТ).*

Психомышечная тренировка как метод психического самовнушения подразумевает, что работа мозга сосредоточивается в основном на тренировке представлений. Основное содержание метода составляют формулы, направленные на создание состояния пониженной активности различных систем организма. В основе ПМТ лежат следующие элементы:

- умение расслабиться;

- способность максимально ярко, с предельной силой воображения, но не напрягаясь, представить содержание формул самовнушения;
- умение удерживать внимание на избранном объекте;
- умение воздействовать на самого себя нужными словесными формулами.

При разработке структуры психомышечной тренировки обычно исходят из следующих соображений.

1. Для быстрого отключения и воздействия на нервно-психические и двигательные функции, способствующего достижению необходимого результата, требуется целенаправленная "загрузка" основных мышечных групп, выполняющих эти задачи. Чем специфичнее стоящая задача, тем более различна интенсивность работающих мышечных групп. Поэтому необходима и парциальная их релаксация.

2. Каждый вид физической нагрузки психически воспринимается как приятный или неприятный (трудности начала выполнения упражнения, боли в мышцах, чувство физической слабости, усталость, невозможность сосредоточиться и др.). Поэтому параллельно с парциальной мышечной релаксацией необходимо активизировать общий эмоциональный настрой как важный побудительный компонент.

3. Наряду с парциальной мышечной релаксацией и эмоциональной активизацией создаются еще и благоприятные предпосылки для активизации когнитивных процессов. В результате релаксации и активизации человек будет полностью соответствовать заданным и даже завышенным требованиям.

Быстрота и прочность овладения ПМТ зависят от особенностей нервно-психического развития человека. В частности, так называемый "художественный тип" (лучше развита способность к образному, предметному мышлению) овладевает ПСР быстрее, чем "мыслитель", для которого более характерно оперирование абстрактными, отвлеченными понятиями. Человек с подвижными нервными процессами опережает в занятиях того, у кого эти процессы отличаются замедленностью. Главный же фактор, от которого зависит успешность овладения ПСР, наличие ясно осознанной цели и понимание того, что именно самовнушение способно помочь в достижении этой цели.

Идеомоторная тренировка. В середине XIX в. двое знаменитых ученых – французский химик Шеврель и английский физик Фарадей – независимо друг от друга пришли к одинаковому выводу, проделав схожий опыт. Каждый из нас может сейчас проделать этот

же опыт. Возьмите обычную нитку длиной около 1 м и привяжите к одному ее концу грузик весом в 5–15 г, а другой конец намотайте на последний сгиб указательного пальца ведущей руки (у правшей – правой, у левшей – левой). Расстояние между пальцем и грузиком должно быть приблизительно 70–80 см. Вытяните прямую руку перед собой на уровне плеча и уравновесьте груз. Затем, сосредоточив внимание на висящем предмете, мысленно представьте, что он начинает раскачиваться как маятник, сначала слабо, потом все сильнее и сильнее. Буквально через несколько секунд грузик действительно придет в движение. Причем движение можно изменить, представляя, что груз движется вперед – назад, вращается по кругу. И груз действительно начнет двигаться по заданной мыслью траектории.

Причина происходящего в том, что мысленное представление о движении автоматически порождает в соответствующих мышцах едва заметные сокращения и расслабления, в результате чего человек начинает выполнять то движение, которое он мысленно представил. Эти микропроцессы в мышцах не всегда заметны на глаз, но легко фиксируются специальной аппаратурой. Процессы, рождающиеся в виде мысленных представлений, идей и реализующиеся в моторике, в движении соответствующих групп мышц, получили название *идеомоторных актов.* Идеомоторные акты обычно непроизвольны, неосознаваемы и, как правило, имеют слабо выраженные пространственные характеристики. Принцип идеомоторных актов был открыт в XVIII в. английским врачом Д. Гартли и разработан английским психологом В. Карпентером. Дальнейшие исследования показали, что движения, сопровождающие процесс представления движений, не всегда можно отнести к классу непроизвольных и что мышечные сокращения, вызывающие данные движения, могут быть осознаваемы.[…]

Суть идеомоторного принципа построения движений состоит в умении непосредственно перед выполнением движения представить его идеомоторно и точно, а также назвать исполняемое движение точными словами. Под *идеомоторной тренировкой* обычно понимают планомерно повторяемое, сознательное, активное представление и ощущение осваиваемого навыка. Активное представление реально выполняемых двигательных навыков способствует овладению ими, их укреплению, корректированию, а также ускорению совершенствования.

При разработке индивидуально эффективных идеомоторных программ учитывается ряд моментов:

• В начальной фазе в процессе выполнения некоторых основных упражнений должна повышаться внутренняя "готовность к воображению" и снижаться интенсивность воздействия внутренних и внешних помех.

• Содержание программ идеомоторной тренировки обучающийся и психолог должны вырабатывать совместно. В процессе обучения изменяется потребность человека в информации. Поэтому программы идеомоторной тренировки часто подлежат корректировке и должны учитывать уровень подготовленности обучающегося в данный момент.

• Часто отвлекающиеся люди, которым легко помешать, могут наговорить содержание программы на магнитофонную ленту и перед идеомоторной тренировкой прослушать запись. Благодаря этому им легче будет сосредоточиться и вообразить услышанное.

• Число повторений в идеомоторной тренировке (2-5) зависит от уровня подготовленности и задач обучения. Сложные двигательные навыки отрабатываются с помощью более коротких повторений во время одного занятия, перерывы между которыми также должны быть сокращены.

• Информация, которую получает человек во время тренировки, должна быть сформулирована ясно и однозначно, сопровождаться объяснениями, как надо выполнять упражнения.

Визуомоторная тренировка поведения. В 70-х гг. XX в. в США получила распространение *методика контролируемых снов,* которую позлее назвали *визуомоторной тренировкой поведения.* Ее авторами принять считать Ричарда М. Суин-на и Джеймса И. Лоэра.

В 1972 г. психолога Университета штата Колорадо Ричарда М. Суинна пригласили помочь специалисту в области электроники, которого прооперировали по поводу расстройства голосовых связок. Последний жаловался на то, что всякий раз, обращаясь к своим руководителям, он едва мог говорить из-за "слабости" своего голоса. Его лечащий врач, однако, настаивал, что никакой физической слабости нет, а проблема заключается в стрессе. Встретившись с пациентом, Суинн понял, что ни волнения, ни стресс не являются причиной возникших затруднений. Больной просто не был в состоянии действовать. Суинн решил изменить общепринятую процедуру лечения фобий. При обычной методике восстановления нормального состояния пациентам, страдающим фобией, предлагают все больше и больше представлять то, чего они боятся, до тех пор, пока связанные с этим чувством отрицательные эмоции не исчезнут. Суинн же решил использовать воображение своего пациента с иной

целью: для развития навыков непринужденной речи на публике. Упражнения начались с напряжения и расслабления главных мышц и последующего расслабления всего тела. Затем пациент должен был вообразить себя в качестве работника, готовящего для своего руководства доклад, и мысленно "проговорить" его от начала до конца. "Этот метод оказался настолько удачным, – рассказывал Суинн, – что я задумался над возможностью использовать его для развития и других навыков".[…]

Проведенные учеными исследования показали, что зрительное представление события во время контролируемого сна активизирует вовлеченность организма на самых глубоких уровнях. Контролируемое состояние сна, по мнению Суинна, может стимулировать определенные участки мозга, которые затем используются в деятельности человека, будь то публичное выступление или лыжная гонка.

Комплекс упражнений, которые можно использовать для совершенствования своих навыков в самых разнообразных областях профессиональной деятельности – от тренировки в силе и выносливости до обучения ораторскому и артистическому искусству, включает:

1. Использование зрительных представлений (как основы методики), помогающих в выработке таких навыков, как уверенность, собранность, умение расслабляться или развивать силу и выносливость.

2. "Какой бы ни была ваша цель, в случае, если вам необходим заряд краткосрочной энергии, подумайте о чем-то, что "зарядит" вас, будь то зрительный образ, чувство или звук", – утверждают авторы данной методики. Например, один профессиональный конькобежец перед тем, как выйти на лед, воображал, как он проглатывал звезду, которая затем взрывалась в нем, наполняя весь организм энергией. Ответом нервной системы на этот вызов был приток физической энергии, обусловленный притоком адреналина.

3. Контроль выражения лица, осанки, жестикуляции, голоса. У многих людей переход из одного состояния в другое сопровождается соответствующей перегруппировкой лицевых мышц. Например, обычная улыбка передает нервные импульсы от лицевых мышц в эмоциональный центр мозга. Результатом являются позитивные чувства радости или расслабления.

4. Представление себя в тот момент, когда вы смогли справиться с любым заданием без особых усилий, каким бы сложным оно ни было. Например, случай, когда вам удалось убедить милиционера не выписывать штраф за нарушение правил дорожного движения.

Воспроизведите эти эпизоды во всех возможных подробностях, припомните сопутствовавшую обстановку. Необходимо запечатлеть в сознании свое лучшее время так, чтобы вы могли вспомнить его, оказавшись в кризисном положении.

5. Позитивное мышление. Экспериментально проверено, что лишь одна мысль о поражении, неудаче может стать причиной провала, крушения при выполнении ответственного задания. Предлагаемые методики направлены на то, чтобы человек совершал позитивную мысленную работу под лозунгом "Я смогу!". Одним из таких эффективных упражнений является так называемая стоп-тренировка – техника позитивного мышления, которая особенно действенна в борьбе с навязчивыми мыслями негативного или деструктивного характера.

6. Самоутверждение. Упражнение заключается не только в стремлении избавиться от негативных мыслей, но и в превращении их в позитивные. Если что-то не удается, следует повторять: "Я могу этого добиться" или "Мне это нравится".

7. Определение долгосрочных целей.

8. Контролируемые сны.

9. Усилители энергии. Почувствовав, что силы на исходе, вы можете восстановить их кратковременной активной деятельностью. Несколько коротких упражнений "подзаряжают" вас энергией и приводят в состояние готовности.

10. Физические упражнения, направленные на избавление от напряжения.

Психология здоровья: учебник для вузов / Под ред. Г С. Никифорова. – СПб.: Пи тер, 2006. – С. 386–407.

Пергаменщик Л.А.

В ПОИСКАХ КОДА ВЫЖИВАНИЯ

С первых дней своего появления кризисная психология искала теоретические основания своего существования, так как практические основания находили психологов сами. От психологов требовалось адекватного и эффективного ответа. Выбор теоретических оснований кризисной психологии зависело, во многом от личных пристрастий самих психологов. Мне было всегда ближе экзистенциальная психология, поэтому я и надеялся, что она может дать

исчерпывающие объяснения поведения человека в пост кризисной ситуации.

Действительно, экзистенциальная психология предлагает бытийный объяснительный механизм поведения человека в пост кризисной ситуации. Отличной позиции придерживаются когнитивизм, теория объектных отношений, бихевиоризм и другие не менее почтительные теории. Мы не собираемся провести сравнительный анализ теорий, которые рассматривают человека в ситуации кризиса с разных позиций. Посмотрим, есть ли что объединяющее эти различные теоретические подходы? Это объединяющее начало скрыто от взгляда, так как лежит не в области объяснительных теорий, а в практике выбора пострадавшим способа преодоления кризисного события.

Для прогноза перспектив психологической травматизации населения после кризисной ситуации психологи используют соотношение 1 к 4, которое получили опытным путем. Несмотря на то, что соотношение цифр условно и в зависимости от ситуации сдвигаются в одну или другую сторону, для нас важно само существование этого различия. Это соотношение отражает уровень травматизации среди общего количества пострадавших. Итак, 80% участников (свидетелей) кризисной ситуации преодолевают возникшие трудности, используя собственные ресурсы и/или ресурсы социальной сети поддержки. Остальным требуется помощь профессионалов. Какая из этих двух групп больше интересовала ученых и практиков? Ответ очевиден: конечно, тех, кто нуждался в помощи кризисных психологов. Правильность такого выбора не вызывает сомнения, но что-то мы упускали, какая-то важная информация ускользала от нас?

Этот уклон в патологию естественно породил и соответствующие концепции. В психологии здоровья этот подход имеет обобщающее название "патогенетическая парадигма".

Одновременно с патогенной парадигмой в недрах кризисной психологии с некоторым опозданием пробивался противоположный подход, который А. Антоновским назвал **салютогенным**. Данную парадигму мы обнаруживаем уже у В. Франкла в его концепции "**выживание через веру в себя**" и У П. Тиллиха в концепции **"мужество быть".** Следующее поколение ученых для объяснения успешности преодоления людьми стрессогенных ситуаций выдвигали различные объяснительные механизмы. Так, упомянутый нами, А. Антоновский предложил концепт **"чувство связанности"**, С. Мадди – **"жизнестойкость",** Дж. Гринберг – **"решительность",** анализируя

жизнестойкость С. Мадди, Розенбаум "**информированная находчивость**".

Обратимся к первой концепции этого списка концепции "выживание через веру в себя" В. Франкла. Ученый, формулируя теорию логотерапии, отталкивался от идеи Ф. Ницше: "у кого есть зачем жить, может вынести любое как". Этот выражение философа с большим вниманием и пониманием разбирает психолог и комментирует: "Зачем" – это содержание жизни, а "Как" – это были те условия жизни, которые делали жизнь в лагере столь тяжелой, что ее можно было выдержать, лишь принимая во внимание ее "Зачем". Условия лагерной жизни подтолкнула В. Франкла к выдвижению концепции о наличии безусловного смысла жизни. Безусловный смысл не зависит от того, помогает он спастись или нет. Безусловный смысл выше конкретных событий человеческого бытия. И дальше слова психолога, которые нельзя не процитировать: "жизнь, смысл которой зависит от того, помогает спастись или нет, жизнь смысл которой зависит от милости случая, не стоила бы пожалуй, того, чтобы вообще быть прожитой". Парадоксально: смысл, который помогает спастись, не становится основой человеческого бытия. Что интересно и важно так это то, что безусловность не означает расплывчатость, беспредметность, но безусловность выводит человек на конкретный смысл его существования.

Перед формулированием безусловного смысла существования, необходимо было еще произвести коперниканский переворот в сознании человека. Ученые постоянно обращаются к данной метафоре, чтобы показать важность изменение традиционного тезиса человеческого поведения: бытие определяет сознание. К. Левин сформулировал свою теорию поля, проведя коперниканский переворот в социальной психологии, до него такие перевороты делали И. Кант в гносеологии, С. Кьеркегор при определении интенциональности сознания.

Мы вместе со своими клиентами стремились ответить на вопрос, что делать, когда жизнь ставит различные препоны нашему развитию, угнетает нас, не дает реализоваться, что делать, когда жизнь и все ее радости от нас отвернулись.

Мы можем обреченно повторять вслед за лагерными пациентами В. Франкла: "Мне больше нечего ждать от жизни". Перед нами две взаимодействующие стороны: человек и его жизнь. Жизнь исчерпала себя в возможности предоставлять человеку радости, а человек? Может ли человек предложить своей жизни нечто, чтобы жизнь ответила принятием страдающего. Повторяю, от жизни ничего

– здесь все понятно, одна сторона взаимодействия себя исчерпала. Вторая сторона – человек, что он может дать, что может предложить своей паре, чтобы оживить бытие.

Чтобы взглянуть на свое существование со стороны, В. Франкл предлагает принцип "отстраненности". Этот принцип является и как условием нахождения смысла существования. Зачем отстраненность, от кого отстраненность? Ведь человек и его мир есть единое целое ("бытие-в-мире"). Отстраненность как условие рефлексивности, рассмотрения себя со стороны, оценка своего бытия. Отстраненность позволяет человеку противостоять миру, который в свою очередь стремится поглотить человеческое "Я". М. Мамардашвили предложил в 80-х годах XX века формулу определяющую условие человеческого бытия: "чтобы быть надо превосходить". Кого, что превосходить? Какую сторону человеческого бытия надо превосходить? Отстранившись от своего бытия человек в состоянии изменить направление жизни, алгоритм, активность.

Современник В. Франкла – П.Тиллих предложил другой подход, объясняющий выживание человека: "**Мужество как самоутверждение "вопреки".** Пауль Тиллих экзистенциальный философ, теолог, и смею утверждать психолог, считал, что видом экзистенциальной тревоги, возникающий в особых условиях является патологическая тревога. Тот, кто действует мужественно, принимает в своем самоутверждении тревогу небытия на себя. Если человек неспособен мужественно принять тревогу на себя, он может уклониться от экстремальной ситуации отчаяния, укрывшись в неврозе. И далее П. Тиллих предлагает афористичную формулу невроза: "Невроз – это способ избавиться от небытия, избавившись от бытия". Тиллих подробно с разных сторон рассматривает категорию мужество: в соотнесении с патологической тревогой, витальностью; мужество быть частью, мужество быть собой, мужество принять приятие. Но, несмотря на эвристическое значение категории "мужество" она оставалось все же метафорой, работающей метафорой для практической психологии. Требовалось операционализация понятия "мужество быть". Такую работу сделали последователи П. Тиллиха С. Мадди и С. Кобэйса в концепте **жизнестойкость** (термин предложен Д.А. Леонтьевым в 2000 году). Некоторые авторы предлагают не переводить данное понятие и фиксировать его в виде кальки как "Харди".

Несколько в стороне, видимо потому, что он работал на стыке социологии и медицины, стоит ученый, предложивший концепцию салютогенеза – Аарон Антоновский. Известность А.Антоновского

мало соответствует тому вкладу, который он внес в психологию здоровья и уж совсем неоцененный он оказывается в кризисной психологии. Антоновский автор концепции салютогенеза, которая возникла в 70-х годах, в попытках ответить на вопрос благодаря чему, человек способен остаться соматически и психологически здоровым, несмотря на воздействие стресса. В своей концепции салютогенеза (от лат. *salus* – благополучие, здоровье) ученый сформулировал факторы, благодаря которым человек способен оставаться соматически и психологически здоровым, несмотря на воздействие стрессоров. Концепция отвечала на вопрос: Что помогает людям пережившим, например концентрационные лагеря не только сохранить психологическое здоровье, но и остаться счастливым.

По мнению Антоновского даже сам по себе стресс не всегда является патогенным: при определенных условиях он может быть и салютогенным фактором. Успешное преодоление кризисной ситуации может привести человека к приобретению позитивного опыта. Кризисную ситуацию можно рассматривать как вызов и задача человека не только научиться функционировать эффективно, несмотря на не благоприятные жизненные условия, но обратить стресс себе на пользу. Последствия стресса зависят от индивидуальных способов реагирования на него. Ученый отмечал, что "исследования показывают, что некоторые люди обладают иммунитетом против действий стресса. Среди личностных характеристик, защищающих от действия стресса, называют "Sense of coherence". Sense of coherence – личностная черта, отражающая склонность человека видеть мир осмысленным и управляемым

Чувство связанности как фактор стрессоустойчивости. А. Антоновский считает, что фактором, укрепляющим здоровье, является чувство связанности (sense of coherence), которое состоит из трех компонентов:

1) стимулы, поступающие из внешних и внутренних источников, являются предсказуемыми и поддаются толкованию;

2) имеются ресурсы, необходимые для того, чтобы соответствовать требованиям;

3) эти требования определяются как вызовы, которые стоят того, чтобы вкладывать в них ресурсы.

Эти три компонента чувства связанности, автор концепции салютогенеза назвал: **постижимость, управляемость и осмысленность.**

Между чувством связанности и жизнестойкости есть много удивительного сходства. За подробными результатами сравнительного

анализа этих двух концептов я отсылаю любопытного читателя к работам Осина Е.Н., Леонтьева Д.А., Рассказовой Е.И.

Итак, незаметно для ученых и практиков исследовательский акцент перешел от "пострадавших" к самостоятельно "выжившим". Психологи приступили к поиску кода выживания. Что это за код выживания, который, безусловно, существует и который определяет психического здоровье человека?

Последующие мои рассуждения будут посвящены концепции Мули Лаада, которую он обозначил BASIC Ph. Мули Лаад известный ученый и практик, директор центра кризисной психологии (Израиль). Его имя знакомо ученым и практическим психологам, которые сталкиваются с кризисами и катастрофами в разных странах мира (Турция, Россия, Англия).

Последуем вслед за ученым в его рассуждениях на тему, объявленную в заглавии "В поисках психологического кода человеческого выживания".

В истории психологии было сделано несколько попыток теоретически описать человеческий код выживания. М. Лаад все же несколько смещает акцент программ выдающихся психологов. Они все пытались объяснить причину человеческого поведения вообще, а проблема выживания была частным случаем, которая со временем переместилась с периферии в центр психологии.

Из этих попыток ученый выводит шесть фундаментальных объяснений человеческого выживания.

1. Фрейд (1933) ставил ударение на мире эффектов – как внутренних (бессознательных), так и открытых (проекция и перенесение). Именно Фрейд заявил, что ранний эмоциональный опыт, конфликты и фиксации определяют метод, с помощью которого человек "встречает мир". Часто бессознательная сторона личности преобладает над явлениями реального мира.

2. Э. Эриксон (1963) и А. Адлер (1956) подчеркивали, хотя и под разным углом, роль общества и социальной обстановки в том, как человек противостоит миру. При этом А. Адлер в своей теории выдвигал чувство неполноценности и стремление к власти, а Э. Эриксон отмечал восемь стадий развития.

3. К. Юнг, который был вначале учеником Фрейда, подчеркивал символический и архетипический элемент – воображение, культурное наследство и фантастический внутренний и внешний мир. В качестве одного из своих типов Юнг упоминает интуицию.

4. Психологическая теория бихевиоризм вообще отказалась от идеи души, эмоции все, что нельзя увидеть и объективно

зафиксировать. Бихевиоризм сделали попытку описать человеческое поведение в терминах стимула и реакции. М. Лаад предлагает назвать этот подход физиологическим, так он считает, что человеческое поведение представители бихевиоризма объясняют через нейрохимические последовательные реакции (Павлов И.П., 1927).

5. Когнитивная школа создала свою собственную теорию объяснения поведения человека. Эта теория базируется на положении: человеческое поведение есть производная мыслительных процессов: "Все это – у нас в голове". Иначе говоря, когнитивные процессы, ошибки в мышлении и в перцепции приводят к неправильным, ошибочным поведенческим актам.

6. Подход "смысла и ценностей" и/или "веры и значения", представляемый параллельно А. Маслоу и В. Франклом. В. Франкл, на основании собственного трагического опыта во время Холокоста выстрадал метод логотерапии.

Все эти интереснейшие попытки описать человеческую психику, во многих отношениях несовершенны, так как человеческая жизнь намного сложнее, чем любая теория, претендующая на истину. Эти теории объединяет стремление описать человека, основываясь на одном или на двух измерениях.

Мулли Лаад предлагает подход, который базируется на шести измерениях, которые и описывают палитру преодоления человеком кризисного события.

Вот эти подходы:

1. Верования и ценности (Belief and values)
2. Эмоциональный аффект (Affect)
3. Социальный (Social)
4. Воображение и фантазия (Imaginative)
5. Когнитивный (Cognitive)
6. Физиологический (Physiological)

Комбинация вышеописанных элементов и составляет стиль "выживания каждого" человека, который получил название многомерный подход "BASIC – Ph".

Несомненно, человеческая реакция протекает более чем в одном из этих каналов и люди в принципе могут пользоваться всеми шести. Тем не менее, каждый вырабатывает свою собственную конфигурацию. У большинства из нас в разные времена бывают разные предпочтения в этой области, и мы широко используем выработанные и апробированные методы совладания со стрессом.

Из наблюдений и опросов людей в стрессовых состояниях (Lahad, 1981, 1984) становиться ясно, что каждый индивидуум по-своему комбинирует механизмы борьбы с этими состояниями.

В исследованиях (Lahad, 1984, 1989) было обнаружено существование различных и, тем не менее, эффективных методов совладания со стрессом.

Некоторые предпочитают метод когнитивно-поведенческий. Когнитивные стратегии включают сбор информации, решение проблем, самоориентацию, внутренний разговор или составление списков действий и предпочтений. Список, который составил Робинзон и который ему помог, ничего не изменив в его жизни по существу.

Другой тип совладания использует аффективные или эмоциональные методы: плач, смех, устное изложение своих переживаний в разговоре с кем-нибудь, а также возможно рисование, чтение или письмо.

Третий тип изберет социальный метод совладания и найдет поддержку в принадлежности к группе, в выполнении задания, в том, чтобы играть какую-то роль и быть частью организации. Четвертый воспользуется своим воображением, чтобы замаскировать грубые факты реальности, он может грузить наяву, предаваться сладким мечтам и отвлекать собственное внимание с помощью "управляемой образностью". Он может представить себе дополнительные решения проблем – решения, выходящие за переделы реалистических импровизаций. Пятый тип найдет опору в вере и духовных ценностях, которые помогут ему пережить тяжелые времена напряжения и перелома. Здесь может быть как религиозная вера, так и политические убеждения, чувство миссии (предназначения), стремление к самоосуществлению и самовыражению.

Люди типа "Ph" используют физические, телесные методы борьбы со стрессом. Эти методы включают релаксацию, десенситизацию, физические упражнения и физическую деятельность вообще. Трата энергии – важнейшая составная часть многих методов совладания. Следует отметить, что теория обогащена методом диагностики, методом анализа и методом психологической помощи. Это **"принцип непрерывности", "шести шаговая модель диагностики", "модель присоединись и управляй".** Но это тема уже следующего выступления.

Л.А. Пергаменщик В поисках кода выживания // Психология кризисных и экстремальных ситуаций: междисциплинарный подход // Материалы научно-практической конференции "Ананьевские чтения – 2008" / Под редакцией Л.А. Цветковой, Н.С. Хрусталёвой. – СПб.: Издательство С.-Петербургского университета, 2008.

Лаад М.

СТРЕСС И ЕГО ПРЕОДОЛЕНИЕ: ИСТОРИЯ ВОПРОСА

История знает несколько попыток описания "кода человеческой выживаемости" в условиях стресса. Некоторые исследователи пытались дать наиболее точное объяснение этого феномена в целом, другие рассматривали отдельные аспекты способности к выживанию в свете различных психологических теорий.

Если обобщить эти разнообразные исследования, можно выделить шесть основных элементов, которые лежат в основе способности человека к выживанию. Фрейд (1933) ставил во главу угла аффективную сферу, как внутреннюю (подсознание), так и выраженную (проекция и трансфер, или перенос). Именно Фрейд утверждал, что эмоциональный опыт, противоречия и установившиеся реакции определяют модус взаимодействия человека с окружающим миром, причем бессознательное часто играет более существенную роль при выборе человеком способа поведения.

Ученики и коллеги Фрейда, Эриксон (1963) и Адлер (1956), хотя их исходные позиции различались, показали, каким образом социальная среда и сложившиеся социальные обстоятельства влияют на способ взаимодействия человека с окружающим миром (Адлер исследовал проблемы комплекса неполноценности и психологии стремления к власти, Эриксон разработал теорию процесса развития, включающую восемь этапов).

Юнг […] подчеркивал важность символических и архетипических элементов, важность воображения, "культурного наследия" и воображаемого внешнего и внутреннего мира. Юнг также выделил интуицию в качестве отдельного элемента.

Другие психологические теории отрицали каку-либо роль психической сферы и эмоций, пытаясь объяснить челочеческое поведение исключительно в терминах стимул-реакция. Это направление в психологии получило название бихевиоризм […].

Сравнительно недавно получила активное развитие когнитивная психология, в основе которой лежит принцип, согласно которому все происходящее вокруг человек воспринимает через разум, сознание, что "все в голове", и поведение есть когнитивный процесс, включающий ошибочные суждения и восприятия.

И, наконец, направление в психологии, которое во главу угла ставит мысл жизни и веру, убеждения, начало которому положил Маслоу. Виктор Франкл (1963) разработал на основе этого подхода

психологическую теорию и особое направление в практической психотерапии. На основе беспрецедентного опыта работы в экстремальных ситуациях во время Холокоста Франкл создал направление Логотерапии .

По нашему мнению, все эти, несомненно выдающиеся, теории не дают полного описания психической жизни человека, которая значительно более сложна и не умещается в рамки одномерной или двухмерной модели. Наш подход основан на шести основных элементах, которые мы выявили, исследуя опыт человеческой сопротивляемости в кризисной ситуации: Вера и убеждения (Belief and values), Эмоции (Affect), Социальность (Social), Воображение (Imaginative), Когнитивность (Cognitive) и Физическая активность (Physiological). По первым буквам этих английских слов наша модель получила название BASIC Ph. Это многоканальная модель, согласно которой каждое индивидуальное сочетание этих элементов характеризует индивидуальную, уникальную для каждого человека конфигурацию, то есть стратегию сопротивляемости в условиях кризиса.

Очевидно, что реакции людей на кризис происходят не только в одном направлении (один элемент модели), и что в принципе у каждого человека есть потенциальная возможность воспользоваться всеми шестью каналами, чтобы повысить свою психологическую сопротивляемость, но конфигурация этого сочетания элементов развивается индивидуально для каждого человека и может меняться в различные моменты жизни и в различных ситуациях. Мы можем выбрать тот или иной канал (каналы) сопротивляемости в качестве доминантного. Сотни случаев поведения людей во время стрессовых ситуаций, которые мы наблюдали (Lahad 1981,1984), привели нас заключению, что схемы, стиль сопротивляемости различны. Некоторые выбирают когнитивно-поведенческий путь – активный сбор информации, решение возникающих практических проблем, попытка найти выход через "самонавигацию", внутренние диалоги и дискуссии, составление (в порядке предпочтния, т.е. определение приоритетности) списков насущных дел и поступков, которые надо выполнить, и т.д. Для других характерен эмоциональный, аффективный способ противодействия стрессу – открытое выражение эмоций, плач, смех, обсуждение пережитого и переживаемого с другими, или невербальное выражение чувств через художественную деятельность, чтение или написание текстов.

Те, кто выбирают социальный канал как способ самоподдержки, стремятся присоединиться к какой-нибудь группе, получить о некоторого сообщества людей задание, взять на себя некоторую

социальную роль в группе, почувствовать себя частью некоторой социальной организации.

Четвертый тип стратегии противодействия использует воображение, мечты и воспоминания о счастливых моментах и обстоятельствах, чтобы снизить остроту страшной реальности. Часто это делается специально с помошью направленного воображения, человек мечтает найти "волшебное" решение проблемы, импровизирует, иногда вопреки реальным обстоятельствам. Пятый тип старается почерпнуть силы в сфере веры, убеждений и ценностей, которые являются свого рода "путеводной звездой" и позволяют найти путь через тьму отчаяния и кризиса. Мы имеем в виду не только религиозные убеждения, но и политические установки, ощущение своей миссии в этом мире, убежденность в том, что наше существование наполнено смыслом, и стремление исполнить эту миссию, не утерять смысл, выразить свой личностный потенциал полностью.

И, наконец, человек может выбрать путь практических, физических действий, реагируя на кризис действиями и движениями тела: релаксирующие действия и упражнения, десентизация, физические упражнения, практическая деятельность. Возможность расходовать энергию является важным компонентом повышения сопротивляемости в стрессовой ситуации.

Сопротивляемость

Как развивается индивидуальная модель BASIC Ph?

Один из путей понять этот механизм – изучение стретегии сопротивляемости в реальных ситуациях. Сопротивляемость определяется как: а) способность к самостабилизации и следование "социально нормальным" схемам поведения в кризисной ситуации (например, когда кризис не заканчивается тем, что человек

обращается к наркотикам, алкоголю или преступлению) и б) способность выйти из кризисной ситуации без серьезных психосоматических или психических синдромов. При этом следует отметить, что часто возникают нарушения поведения или здоровья как следствие пережитого острого стресса, но в средневременной и долговременной перспективе эти симптомы исчезают.

Индивидуальные способы сопротивляемости отличаются как количественно, так и качественно ((Koferl 1989).

Только в последнее десятилетие эмпирическая психология выработала концептуальные основы сопротивляемости, применяя модели и схемы, основанные на принципе здорового, адаптивного поведения в ситуации стресса, а не опираясь исключительно на

модели психических и эмоциональных нарушений, которые могут явиться следствием стресса.

Эти модели оказались эффективными и в оказании практической помощи людям. Интересно в этой связи рассмотреть одно их первых определений, интерпретирующее стрессовую ситуацию как "вызов судьбы" (Folkman and Lazarus, 1988), что означало смену тенеднции – если раньше исследования занимались исключительно негативными, патогенными аспектами стресса, то теперь внимание было обращено на такие модели поведения, которые помогают человеку восстановить психическое равновесие и физическое здоровье. Все модели поведения во время стресса, построенные начиная с середины 1980-х, включали не только психопатологические синдромы, но и описания схем, позволяющих людям сохранить психическое здоровье и нормальное жизненное фукциониование […].

Эмпирические исследования дали много ценной информации относительно факторов и механизмов, определяющих развитие такого взаимодействия между индивидом и окружающей средой (обстоятельствами), которое позволяет добиться высокой сопротивляемости. Эта информация была описана и в рамках модели BASIC Ph.

- B, Ph: способ противодействия единичному источнику стресса (стрессору) или множественным стрессогенным обстоятельствам, определяемый ответом на следующий вопрос: человек в кризисной ситуации действует ТОЛЬКО физически (т.е. это единственный элемент поведения), или ТАКЖЕ действует физически (наряду с другими видами поведения […].
- C, B: тенденция к уходу от решения проблем, фатализм (см., например, Losel et al., 1989).
- B, C: Осознание собственных возможностей и самоуважение, чувство собственного достоинства […].
- A, S: Присутствие в раннем детстве клиента эмоционально устойчивой и заслуживающей доверия, надежной личности […] .
- S: Стабильное эмоциональное взаимодействие и положительный опыт социальной коммуникации с людьми (находящимися вне круга семьи); наличие системы социальной поддержки, способной реально функционировать; удовлетворенность теми видами социальной поддержки, которые человек получает от окружающих.
- S, A, Ph: Характеристики, относящиеся к личностному темпераменту в детском возрасте: стремление ребенка к снижению, деэскалации напряженности вообще и в ситуации острого кризиса в частности; стремление поддерживать безконфликтные отношения с

обоими родителями, даже в случае, когда сами родители находятся в состоянии перманентного несогласия, противостояния […].

- B, A, C: способность ребенка отсрочить, "отложить" получение удовольствия, принять то обстоятельство, что его желание не будет немедленно удовлетворено […].
- I, C: Любопытство; мотивация и удовольствие по отношению к исследовательской деятельности, которое проявляется уже в младенческом возрасте, а также мотивация и способность наблюдать и слушать […].
- B, I, C: Воспитание открытого типа; атмосфера, специально направленная на развитие способности действовать самостоятельно и независимо […].
- S: Способность сохранять уверенное социальное поведение, несмотря на стрессовую ситуацию; стремление помочь другим; популярность среди сверстников; способность взять на себя заботу о братьях и сестрах, иногда и больных родителях […].
- Ph: Физическая привлекательность, особенно для девочек […] .

Как мы видим, различные аспекты сопротивляемости и противодействия стрессу, обнаруженные в наблюдениях различными исследователями, хорошо вписываются в рамки модели BASIC Ph. Стрессогенные ситуации становятся непереносимыми, когда они длятся слишком долго, и когда мы больше не в состоянии устранить или ослабить источник стресса, использовав все ресурсы, имеющиеся в нашем распоряжении. В ситуации, когда имеет место несколько безуспешных попыток выйти из стресса, наступает кризис. Часто кризис наступает потому, что человек пытается справиться со стрессом, используя одни и те же приемы, которые "раньше помогали". Иными словами, человек как бы "застревает", заходит в тупик, пытаясь снова и снова использовать знакомые ему способы поведения в стрессовой ситуации, не пытаясь что-либо изменять или познакомиться с чем-то новым. Эта "тупиковая" ситуация, лишенная маневра и гибкости, приводит к кризису. (На первом уровне кризисного вмешательства в рамках нашей многоканальной модели ставится задача научить клиента использовать разные тактики, разные опции сопротивления , чтобы добиться гибкости в борьбе со стрессом и не зайти в тупик, когда старые приемы уже не помогают).

Нормально, когда в кризисной ситуации человек чувствует себя плохо, но это не означает, что он болен – ему просто слишком тяжело справиться с этой ситуацией. Ходжкинсон (Hodgkinson,1991) считает, что в группе населения, пережившей катастрофическое событие, до 50% являются потенциальными клиентами кризисного вмешательства. Наш опыт показывает, что хотя некоторым требуется дли-

тельная терапия, для большинства пострадавших достаточно нескольких встреч с терапевтом, и сравнительно немногим хватит всего лишь одной или двух встреч. Во время чрезвычайной кризисной ситуации есть реальная возможность только для кратковременного вмешательства, и нет времени для планирования продолжительного контакта и выстраивания классического психотерапевтического "дела".

BASIC Ph – это модель, которая помогает обнаружить сильные стороны клиента и выстроить рамки, которые позволят терапевту понять, достаточно ли для данного клиента экстренного вмешательства, или потребуется краткосрочная психотерапия.

Таким образом, задача терапевта в рамках кризисного вмешательства состоит в том, чтобы как можно быстрее выявить, оценить и помочь развить позитивные аспекты поведения. В отличие от этой задачи, задача краткосрочной терапии в том, чтобы как можно скорее определить способ взаимодействия клиента с действительностью и выбрать стретегию терапии в зависимости от этой оценки. Практическое различие этих двух подходов в том, что при кризисном вмешательстве терапевт будет пользоваться уже имеющимися и обнаруженными у клиента элементами модели BASIC Ph, а краткосрочная терапия будет концентрироваться на том, чего клиенту нехватает для успешного противодействия последствиям стресса, а также на уже имеющих место негативных последствиях.

Придумывание Истории в Шести Частях (Six Piece Storymaking – 6 PSM)

Эта техника оценки, которую мы широко применяем, основана на принципах библиотерапии. Библиотерапия – вид терапевтической техники, который использует чтение и рассказывание историй (рассказов), чтобы помочь клиенту придти к осознанию собственных эмоций и переживаний, а также улучшить общение с самим собой и с другими. При этом мы исходим из предположения, что работа в этой технике (обычно мы применяем ее в работе с детьми, но иногда и с подростками и взрослыми) может оказаться для клиента делом весьма нелегким. Трудно рассказывать о тяжелых событиях, которые произошли, особенно в состоянии дистресса, отчаяния; но в случаях, когда требуется немедленное вмешательство, перед которым необходимо произвести "экспресс-оценку" способов сопротивляемости, которые есть у клиента, эта техника очень эффективна.

Наша исходная гипотеза такова: изучая, как клиент придумывает и рассказывает проективную историю с элементами сказки и мифа, мы можем видеть, как происходит самопроекция на четко организованную и очерченную реальность, что говорит о тактике, применяемой клиентом при столкновении с окружающим миром.

Мы считаем, что этот технический прием отвечает […] задаче быстрой оценки индивидуальных способов сопротивления, чтобы мы могли рекомендовать терапевту или другому человеку, который будет оказывать помощь клиенту, каким образом лучше всего достичь взаимопонимания с клиентом, развить и углубить контакты с ним, пользуясь тем самым языком, который клиент выбрал сам для выражения своих переживаний, рассказывая Историю в Шести Частях. […] при помощи техники составления истории с заданной четкой структурой, мы можем относительно быстро выявить индивидуальные ресурсы сопротивляемости и конфликтные сферы.

[…] за сравнительно короткое время можно спланировать программу первичного кризисного вмешательства, которое либо окажется достаточным, либо укажет на то, что необходима более длительнря терапия. Есть и другие применения техники "История из Шести Частей", а также использования элементов ее содержания. […] анализируя выбранные клиентом темы, предметы, конфликты, повороты сюжета и поступки героя истории, мы можем судить об общей установке и текущем эмоциональном состоянии клиента. Этот анализ можно провести чисто интерпретационно или аналитически; динамически или с помощью Gestalt-подхода, посмотрев, каким образом клиент-рассказчик идентифицирует себя с различными частями истории, и установив таким образом тот особый личностный смысл, который имеет история для клиента в данном месте и в данное время.

[…] техника Истории из Шести Частей многомерна, и ее эффективность не только в выявлении ресурсов сопротивляемости. Эта техника позволяет увидеть многоплановую картину состояния клиента, что важно и случае, если потребуется долговременная и кратковременная терапия в постоянно меняющихся условиях кризисной ситуации.

Лаад Мули. Стресс и его преодоление : история вопроса / Мули Лаад [Электрон, ре сурс]. – Режим доступа: http://bccp.bspu.unibel.by.

Скрипченко Е.С.

О ПРИРОДЕ ДЕТСКОЙ МОТИВАЦИИ

Самая важная задача родителей – научиться смотреть на своего малыша как на ребенка с определенным потенциалом. Ни один ребенок не является тем, кем он кажется нам в данную ми-

нуту. В нем уже теперь живет тот человек, которым он станет в будущем.

Томас Й. Вейс "Как помочь ребенку?"

Давайте начнем с интересного образного представления, которое я нашла у лечебного педагога с многолетним опытом Томаса Вейса. Представим себе, что ребенок – это пианист, вынужденный играть на плохом музыкальном инструменте. Даже, если бы мы попросили сыграть на этом инструменте самого талантливого музыканта, все равно результат его гениальных усилий звучал бы плохо, непрофессионально, жалко. Слушатели с недостаточным музыкальным слухом восприняли бы корявую мелодию как набор малоприятных звуков. На их лицах тут же отразилось бы все их неудовольствие и, может быть даже, разочарование. И, конечно же, наш пианист в этом случае расстроился бы, возможно, быстро закончил бы игру, а возможно, даже потерял бы веру в свое умение играть.

Но ситуация измениться, если среди слушателей окажется несколько человек с музыкальным слухом, которые действительно УСЛЫШАТ и узнают музыкальное произведение, исполняемое пианистом, поймут его намерения и интерпретацию и возможно даже испытают огромную радость от прослушивания, потому что смогут пережить исполняемое произведение вместе с музыкантом. И конечно, это отразится на их лицах. Исполнитель же, увидев понимание и одобрение на лице слушателей, будет играть еще лучше.

Отношения между нами и ребенком с ДЦП напоминают отношения пианиста с публикой. Для такого ребенка мы являемся слушателями без музыкального слуха, если нас интересует только "инструмент", и если мы не в состоянии распознать личность вне зависимости от того, насколько недостатки тела позволяют ему выразить себя. Неполноценность нашего понимания неповторимой сущности ребенка, который перед нами, не только повлияет на желание ребенка лучше показать себя, но и послужит причиной дальнейшего ограничения его саморазвития.

Если мы хотим понять ребенка и помочь ему развиваться, то мы должны осознавать, что, с одной стороны, являемся его окружающей средой, в которой ребенок растет и живет, а с другой, – мы должны воспринимать его способности и неспособности к чему-либо в единстве с тем, что в нем всегда совершенно: переживанием своей собственной личности, своего собственного "Я". **Наша задача – помочь этой личности показать себя миру.** А для этого ей (личности)

необходимо шаг за шагом, год за годом преодолевать свое физическое несовершенство. Именно так, а не наоборот. В этом залог успеха реабилитации – во внутренней мотивации, во внутреннем стремлении к саморазвитию.

К сожалению, в жизни мы сталкиваемся с противоположными тенденциями. Все чаще родители, совершенно не осознавая этого, имея самые лучшие намерения, невольно относятся к ребенку с ДЦП как к поломанной машинке. Они упорно ищут того, кто исправит физические дефекты их ребенка и тогда… (о чудо!) он станет как все. Конечно, все мы хотим верить в чудо и оно действительно есть. Оно в каждом из нас и оно в нашем ребенке. Человек – удивительное существо, в нем заключена невиданная сила. Эта сила – это сила нашего желания. Если она у нас есть то – **невозможное возможно**.

Однако ошибочно предполагать, что мотивировать ребенка можно тем же способом, что и взрослого. Ребенок – это не маленький взрослый, это человечек, который должен еще пройти много стадий развития и становления прежде, чем он станет взрослым.

"Ребенок – другой" – слова выдающегося итальянского педагога Марии Монтессори означают, что ребенок во всем своем мироощущении коренным образом отличается от нас, взрослых. Это понимали уже давно. Еще Коменский, Руссо, Песталоцци высказывали требование, чтобы принципы воспитания выводились из природы ребенка. Объяснения и разъяснения хорошо работающие при общении со взрослыми абсолютно бесполезны при мотивации маленького ребенка, особенно, если его сознание не совсем ясное.

Так что же делать? Прежде всего помнить, что наша задача помочь личности ребенка заявить о себе "во весь голос".

Существует бесконечное множество способов проявить себя как личность во вне, а вот внутренних импульсов, которые способствуют этим проявлениям не так много. Я хочу обратить ваше внимание на три основных импульса:

импульс, который помогает ребенку понять себя, свои желания, реально себя оценить – это импульс самосознания;

импульс, который зарождает в человеке интерес к тому, что его окружает – интерес к миру;

импульс, благодаря которому человек стремится реализовать свои желания, идеи, интересы – импульс к саморазвитию.

Итак, что дают нам эти импульсы, если они достаточно сильны в нас.

Во-первых, я осознаю свое тело, и это помогает мне управлять по моему усмотрению различными его частями. Кроме того, на

эмоциональном уровне я также осознаю, что я чувствую по тому или иному поводу, и я знаю, что это мои чувства, а не стереотип (в этой ситуации надо грустить, а в этой смеяться). И наконец, – я знаю, что Я хочу, что МНЕ надо.

Живущий в человеке интерес к миру дает открытость к новому, желание все попробовать, отсутствие страхов, доверие к окружению и, самое главное, – ПОЗИТИВ.

Импульс саморазвития дает нам энтузиазм, смелость действовать и преодолевать трудности, активность и устремление вперед.

Согласитесь, именно такой человек преодолеет, если не все, то большинство трудностей на своем пути и будет идти по жизни весело и уверенно. Вы скажете, что все это звучит красиво, но неосуществимо для ребенка с ДЦП, который вял, апатичен и полностью зависим от нас. Уверяю вас, что нет. Практический опыт Европейской нейропсихопедагогической лаборатории "EPSYNEL", показал насколько радостней и эффективней проходит для детей курс нейрокинезитерапии, когда и родители, и специалисты совместными усилиями создают такое окружение, такую атмосферу, в которой ребенок может обрести и дифференцировать себя как личность.

Давайте все же от слов перейдем к практическим рекомендациям.

Конечно, процесс зарождения и развития импульсов самосознания, саморазвития и интереса к окружающему миру нельзя жестко и четко сформулировать, поскольку каждый человек неповторим, субъективен, сложен. Это скорее глубоко творческий процесс, который основывается на своеобразии индивидуального взаимодействия. Ведь мои отношения с конкретным ребенком могут отличаться от ваших. Но все-таки можно выделить некоторые общие моменты, которые могут прояснить вопрос: как помочь ребенку развивать себя самому.

Наблюдательность.

Постарайтесь развить в себе это качество и тогда вы точно заметите где, в какой момент и в каком виде проявляются у вашего ребенка первые маленькие импульсы осознания себя, интереса к окружению и желание действовать. Экспериментируйте, предлагайте ребенку разные игрушки, предметы, пробуйте вместе с ним разные виды деятельности и старайтесь заметить даже самый маленький нюанс в его реакции. Наполните ваше сердце благоговением к малому и вы достигните многого.

Атмосфера.

В какой же атмосфере следует пребывать ребенку, чтобы естественным образом в нем созрели и развились интересующие нас внутренние импульсы? Это зависит от возраста ребенка.

Прежде всего, важно помнить, что всему свое время. Есть время игры (дети до 7 лет), а есть период получения знаний (школьный возраст). Дайте маленькому ребенку в полной мере насладиться непосредственной детской игрой, не торопитесь его учить. Маленький ребенок учится играя. В принципе все, что делает ребенок, для него игра. Даже когда он кушает, купается, убирает игрушки – ребенок играет. Поэтому единственная действенная мотивация для ребенка – это увлекательный игровой процесс. Ну, а осваение отдельных навыков можно незаметно "вплетать" в шумную (или тихую) детскую игру. Вы скажете, что ребенок не может играть, так как с трудом двигается? Ну, а ты на что? Слейтесь с ребенком воедино, станьте его руками, ногами, делайте все вместе. Для этого хорошо подходит поза: вы сидите на полу, ребенок впереди, спиной к вам. В этом положении удобно двигать ногами и руками ребенка, изображая, что вы, например, гребете веслами в лодке. Наклоняясь в разные стороны, увлекайте за собой ребенка, давая ему пережить разное положение тела, касайтесь ребенка, тискайте, обнимайте. Эти не хитрые действия дают ребенку возможность переживать границы собственного тела снова и снова. Помните, что ребенку с ДЦП необходимо каждый раз подтверждать его пространственную ориентацию и помогать при этом переживать вновь и вновь образ своего тела. Поэтому игры для такого ребенка связаны, прежде всего, с приобретением телесного опыта. Для младенца, шаг за шагом осваивающего свою телесную организацию, тело становиться домом не потому, что он обучается механически двигать пальцем, рукой, головой…, а потому, что он глубоко ощущает – это моя телесная организация.

Хочу вас предостеречь от ожидания быстрых результатов. Даже имея физические возможности, дети могут довольно долго осваивать собственную телесность. Так, например, один ребенок почти год осваивал движение "Руки на талии". Физически он мог сделать это, а вот найти на своем туловище талию с первого раза ему удавалось с трудом.

Если вы научитесь в атмосфере веселья и игры делать с ребенком необходимые физические упражнения, то вы заложите очень глубокую и прочную основу для стремления ребенка к саморазвитию. Атмосфера также важна для пробуждения интереса к окружению. Ребенок, ограниченный в движениях чувствует себя уязвимо и поэтому особенно важно в играх отображать позитивные образы, показывать, что мир прекрасен и добр к тебе. Для ребенка в возрасте от 4 лет наступает время сюжетно-ролевых игр. В это время к осознанию своей телесности добавляем и работу над осознанием

ребенка себя как неповторимой личности через проигрывание различных ролей в игре. У меня всегда захватывает дух от восхищения, а у родителей наворачиваются слезы на глаза, когда на моих игровых спектаклях ребенок, превозмогая свою скованную телесность, из собственного сильного желания исполнить свою роль, делает новое движение. Это и есть его личное достижение из внутреннего побуждения.

Когда ребенок достигает возраста школьной зрелости и для него уже важен результат его действий, а не просто процесс, тогда мы меняем игру на соревнование: кто лучше, кто больше. Можно устраивать школу юных рыцарей или капитанов, когда нужно пройти ряд испытаний, научиться что-либо делать, после чего ребенку торжественно присваивается звание рыцаря. Это будут уже более осознанные усилия со стороны ребенка, чем в дошкольном возрасте. И только достигнув подросткового возраста, человек становиться способным осознанно работать над собой, развивать себя.

Взаимоотношения.

Не стоит недооценивать наше влияние на становление ребенка, на формирование у него тех или иных качеств, привычек. Маленький ребенок очень открыт и как губка вбирает в себя все из окружающего мира. И поэтому мы, взрослые, должны с большой ответственностью подойти к вопросу: как наши действия, слова, поведение могут повлиять на ребенка. Опыт показывает, что даже тембр нашего голоса и манера говорить влияют на состояние ребенка.

Самая верная позиция взрослого по отношению к ребенку с нарушением в развитии – "Мы с тобой по одну сторону баррикад". Это означает, что мы не даем задания и не оцениванием ребенка. Мы шаг за шагом, изо дня в день проделываем вместе с малышом, (иногда буквально его руками) одни и те же действия. Поверьте, в конце концов ваше терпения будет вознаграждено. Это так же означает, что мы принимаем равное участие в играх и другой деятельности, что мы не давим на ребенка, не заставляем его, а предлагаем и воодушевляем. Это означает, что мы умеем ждать, когда ребенок будет готов действовать. В общении с детьми вообще всегда хорошо делать паузы. Но предлагать ребенку снова и снова какую-либо игру, деятельность можно и даже нужно. Если он пока не готов, не беда, играйте сами и пусть он наблюдает.

Так же, играя с ребенком, важно понимать, что познавательный процесс у любого ребенка противоположен волевому акту взрослого.

Взрослому необходимо сначала понять, что делать, а затем он начнет действовать. У маленького ребенка все наоборот, причем этот процесс имеет три фазы.

1 фаза – сопереживание действию (т.е. взрослый играет сам)

2 фаза – многократное повторение вместе с ребенком + эмоциональное переживание

3 фаза – пробуждение познавательного интереса

И напоследок, хотелось бы подчеркнуть, что часто не так важно, ЧТО мы делаем, рядом с ребенком, а важно КАК. Я имею в виду, что существует огромное количество методик, игр, рекомендаций по педагогическому обхождению с ребенком с нарушением в развитии и можно брать любую и действовать, но при этом всегда важно помнить об основной задаче воспитания ребенка с ДЦП – зарождение импульсов саморазвития. Остерегайтесь сиюминутных результатов, которые были получены в противоречии с принципами уважения личности ребенка. Ведь выиграв в малом, можно проиграть в большом.

Скрипченко Е. С. О природе детской мотивации // Жизнь с ДЦП / Скрипченко Елена Сергееевна [Электрон. ресурс]. – Режим доступа: http://detisun.org

Джонсон В.

УБЕЖДЕНИЕ ХИМИЧЕСКИ ЗАВИСИМЫХ

[…]

Подготовка к убеждению

Убеждение – это метод, посредством которого можно прервать пагубное, прогрессирующее и разрушительное воздействие химической зависимости, и который помогает химически зависимому человеку отказаться от употребления препаратов-модификаторов настроения и выработать у себя новые, более здоровые формы поведения для обуздания своих потребностей и решения проблем. Из этого следует: человеку вовсе не обязательно становиться моральной или физической развалиной ("доходить до предела") для того, чтобы ему, наконец, можно было бы оказать такую помощь.

Существует более краткое и простое определение убеждения: *показ реальной действительности человеку, утратившему с ней связь, доступным для его восприятия способом.* Мы подробно

рассмотрели различные защитные реакции, посредством которых химически зависимый человек заслоняется от неприятной и тягостной реальности недуга и его последствий. Цель убеждения – разрушить защитные психологические барьеры так, чтобы реальность, пробившись сквозь них, могла сиять достаточно долго, дабы человек сумел примириться с ней.

Под "показом действительности" мы подразумеваем преподнесение химически зависимому человеку *конкретных фактов* его поведения и их последствий. Под "доступным для восприятия" – такой способ, против которого нельзя устоять, поскольку он – *объективный, удобопонятный, беспристрастный и бережный..*

Убеждение – это конфронтация, но она в некотором, очень важном отношении отличается от той, которая большинству хорошо знакома и дает лишь слабый положительный эффект, либо не дает его вовсе.

При убеждении цель и смысл конфронтации – заставить химически зависимого человека взглянув" в лицо реальным фактам. Это – не наказание. Не возможность для окружающих "разгромить" его словесно. Это – атака на защитные стены жертвы зависимости, а не на жертву как личность.

Точно так же, вмешательство – это скорее акт *сопереживания,* а не *жалости.* Вы соглашаетесь принять в нем участие из чувства глубокой обеспокоенности за химически зависимого человека. Вы перестаете *тревожиться* за. алкоголика или наркомана и начинаете делом доказывать, как сильно вы *заботитесь* о нем (или о ней).

Убеждение для химически зависимого человека – это "момент истины". Он (или она) переживают его как кризис, как отдельное событие. На самом же деле, для убеждения потребуются дни, даже недели усиленной подготовки. *Чем лучше вы подготовлены, тем мягче пройдет убеждение.* Единственно допустимые в процесс "неожиданности" – лишь те, которые испытывает жертва, когда, наконец, "лицом к лицу" столкнется с реальностью своей болезни.

Боремся с собственным нежеланием

Возможно, вам нужно прежде всего убедить *себя* в том, что убеждение – оптимальный метод лечения болезни, и лучше всего запустить процесс *немедля.*

Нет ничего необычного в том, что вы подходите к вмешательству с нежеланием или даже страхом. Возможно, вас беспокоит, как бы от него не стало еще хуже. Вам кажется, будто вы потеряли надежду, будто уже ничто не поможет и ничто не изменится. Возможно, вас одолевают гнев и обида. Очевидно, вам настолько надоело

положение дел в целом, что вы не испытываете особого желания протянуть руку помощи.

Ниже приводится ряд вопросов, которые вы, вероятно, задаете себе – и ответов, которые должны подвигнуть вас начать действовать.

"Почему сейчас?"

Чем дольше вы медлите, тем дольше человек будет страдать – тем более угрожающий для его жизни характер принимает болезнь. Если не прервать разрушительный процесс, то ему неминуемо грозит хроническая нетрудоспособность (в том числе, от болезней головного мозга) и даже преждевременная смерть. Чем раньше пройдет вмешательство, тем выше шансы, что человек поправится.

[…] Доказано, однако, что если здоровье разрушено, работа *не* потеряна, семья *не* распалась, алкоголики определенно поправляются чаще и быстрее.

"Почему я?"

Если вы прочли первую часть книги, то вы довольно много узнали о химической зависимости – возможно, гораздо больше других людей, окружающих химически зависимого человека. В результате, вы можете сыграть особенно важную роль в процессе, делясь с другими знаниями о болезни.

Кроме того, если не вы, то кто же? Обращался ли к вам кто-либо еще, говорил ли о необходимости вмешательства в состояние химически зависимого человека? Если нет, то, возможно, потому что они сами попали в ловушку системы иллюзий. Возможно, они перестали воспринимать болезнь как таковую, если вообще когда-либо воспринимали. Или, быть может, они полагают, будто "произойдет нечто такое", что изменит ситуацию, а потому выжидают.

Вы уже знаете, как это опасно – ждать. Если другие действуют, и если вы действительно любите человека, тогда вы *должны* предпринять срочные меры, чтобы остановить развитие болезни.

"Слышал о людях, которые просто взяли и сами добровольно обратились за лечением. Наверное, они неожиданно осознали свою беду. Может ли такое произойти с моим знакомым?"

Возможно, но маловероятно. То, о чем вы хотите узнать, мы называем *стихийным пониманием* существа проблемы, к которому человек приходит отнюдь не стихийно.

Из-за эмоционального синдрома в совокупности с системой иллюзий химически зависимый человек абсолютно неспособен признать или даже допустить сам факт существования проблемы. Иногда,

очень редко, с ним случается столько неприятностей одновременно, что кусочек реальности возьмет да и проглянет сквозь защитную стену. (Вспоминая о прошлом, выздоравливающий человек обычно уверяет, что "все пошло вразнос".) Эта *череда случайных кризисов* действует на него столь ошеломляюще, что человек практически со всех ног бежит лечиться. […]

Но такое бывает довольно редко, а вам нельзя рисковать, полагаясь на случай. Помните, если болезнь не остановить, речь пойдет о *верной преждевременной смерти. […]*

Раннее вмешательство – залог успеха.

"Мы не женаты – мы просто друзья. Не будет ли вмешательство вторжением в его (или ее) частную жизнь?"

Это по-настоящему беспокоит некоторых. Большинство из нас с детства учили быть вежливыми, уважать личную жизнь других, не вмешиваться в чужие дела. Мы колеблемся, боясь показаться грубыми или жестокими – то есть проявить оба этих качества, которые, как нам представляется, требует убеждение. Нет ничего оскорбительного в стремлении помочь больному, ничего жестокого в желании спасти чью-то жизнь. В самом деле, вмешательство – это мудрое проявление заботы о ближнем.

"Есть в убеждении что-то скрытное, даже трусливое. Сама мысль действовать за чей-то спиной мне не по себе".

Напротив, в убеждении нет никаких тайн. По правде говоря, оно помогает каждому – от каждого из заинтересованных лиц, его участников, до самого химически зависимого человека – в конце концов нарушить "принцип молчания", по которому все они жили до сих пор.

Это – огромное облегчение для супруги, или ребенка, или соседа, или коллеги – получить возможность рассказать о том, чему он был очевидцем и что испытал сам. В конце концов, каждый может рассказать все как есть!

Прежде всего, однако, вы должны провести некоторые приготовления. В ходе подготовки нужно организовать группу участников вмешательства. Необходимо решить, где, когда и как следует "вступить в переговоры" с химически зависимым человеком. Все это надлежит устроить так, чтобы без необходимости "не раздражать" его систему защиты, которая и так болезненно изменена под влиянием зависимости. Первостепенная задача – подступиться к человеку тогда, когда он (или она) вероятнее всего прислушается к Вам *и услышит.*

Посвящение химически зависимого человека в суть этих предварительных приготовлений – неотъемлемая часть процесса убежде-

ния. По поводу них можно сказать ему что-нибудь вроде: "Последние несколько недель нам приходилось нелегко. Мы встречались, много говорили о тебе. Мы хотели посвятить тебя в наш "тайный заговор", но просто до сих пор не могли. Сегодня мы, наконец, можем сделать это". Или: "Мы собираемся тебе обо всем рассказать. Мы не намерены действовать у тебя за спиной. Мы все сообща обдумали и поэтому можем как следует и с пользой для дела обо всем тебе рассказать".

Если вас беспокоит то, что человек может рассердиться или встать в защитную стойку, помните: множество выздоравливающих алкоголиков позже говорит: "Слава Богу, хоть кто-то оказался настолько сведущ и заботлив, что сделал это для меня!"

Собираем группу участников убеждения

Убеждение следует проводить группой, состоящей из двух или более человек, которые близки жертве зависимости и не раз становились свидетелями его (или ее) поведения под воздействием спиртного или наркотиков. Защитные реакции химически зависимого человека развиты слишком хорошо, чтобы в них мог "пробить брешь" человек, действующий в одиночку.

Осуществление убеждения группой имеет много преимуществ. Во-первых, если к жертве обращается несколько человек, и все они говорят по сути об одном и том же, ом (или она) сразу понимает, что дело серьезное. Заявления одного человека можно легко проигнорировать или истолковать превратно (особенно, если он прежде уже не раз пытался поставить жертву перед фактом пьянства или злоупотребления наркотиками) и гораздо труднее – когда требования преподносятся "хором". Группа обладает определенным авторитетом, необходимым, чтобы пробиться к реальности. […]

Во-вторых, во время этого потенциально чреватого неприятностями события, поддерживающая вас компания единомышленников придаст вам уверенности и силы. В ответ на ваши заявления химически зависимый человек вынужден пустить в ход весь свой арсенал разнообразных негативных реакций; поэтому будет гораздо лучше, если вам не придется нести их груз в одиночку. И в-третьих, чем больше людей, тем больше свидетельств, подтверждающих существование проблемы. Вы вряд ли лично не могли быть свидетелем всего этого, если, конечно, ни на миг не разлучались с жертвой в ходе ее болезни!

Таким образом, процесс вмешательства начинается со сбора команды из тех, кто, как и вы, искренне желает помочь.

Шаг 1: Составьте список авторитетных людей, помимо вас самих, из числа окружающих химически зависимого человека.

Ключевое слово здесь – *авторитетных.* Это должны быть люди, с кем у жертвы сложились очень тесные взаимоотношения, будь то по необходимости или по выбору, они должны оказывать на жертву сильное влияние, поскольку он (она) своим отрицанием будет отражать попытки остальных.

Они сами не должны быть химически зависимы. […]

Если человек состоит в браке, то первым в ваш список следует включить его супругу (или супруга). Он (или она) помогут вам выбрать других потенциальных членов группы из следующей категории:

• Начальник (работодатель) химически зависимого человека или непосредственный руководитель.

Участие нанимателя или непосредственного руководителя в команде вмешательства может оказаться *крайне пол*езным. В нашем обществе человек как личность сосредоточен на своей работе. Химически зависимые люди часто держатся за свой "облик добросовестного работника" как за последний оплот респектабельности, в то время как у них на глазах болезнь сокрушает все остальное. Они используют это как "доказательство" того, что у них не может быть проблем: "Я ни разу в жизни ни одного рабочего дня не пропустил из-за пьянства". (Беспристрастный взгляд на их характеристику обычно разрушает этот миф!) Порой вмешательство начальника оказывается более результативным, чем члена семьи или друга, хотя бы потому, что он имеет перед ними столь важное преимущество.

• Родители химически зависимого человека.

Самый удобный вариант, если они проживают где-то поблизости. Но даже если и нет, все-таки стоит подумать, не подключить ли их к убеждению.

Неплохо было бы включить в команду его братьев или сестер (опять же, в зависимости от их местожительства).

• Дети химически зависимого человека.

Дети могут оказаться неоценимыми участниками группы убеждения: в большинстве случаев им хорошо известно о существовании проблемы, В качестве очень *важного* совета мы рекомендуем: детям, привлекаемым к участию в группе убеждения, должно быть не менее восьми лет. От них требуется умение выразить свои чувства словами и описать поведение химически зависимого человека, которое они наблюдали (и разочарование, которое им довелось испытать).

Взрослых часто волнует, не напугает ли, не расстроит ли ребенка такое вмешательство. Наверняка на них уже и так отразились последствия болезни одного из родителей. В ходе убеждения они, наконец-то, получат возможность высказаться, к тому же – при поддержке других взрослых. Вероятно, это принесет им большое облегчение, особенно если им приходилось долго скрывать чувства страха, недоумения, неприятия и обиды.

Участие детей в группе убеждения, как правило, приносит им еще и иную пользу: просвещение их по поводу болезни помогает им лучше понять, что происходит с их близким; это, в свою очередь, фактически укрепляет отношения между ними и жертвой зависимости.

• Близкие друзья и соседи химически зависимого чело века.

[…] у него все же есть старые друзья, "оставшиеся" от прежних дней, или новые, не из числа заядлых алкоголиков и "кайфоловов". Два критерия помогут вам решить, кого приглашать в группу: 1) прислушивается ли больной к этим людям, уважает ли их мнение и взгляды? 2) случалось ли им находиться рядом с химически зависимым человеком во время его выпивок или "ловли кайфа", были ли они когда-либо свидетелями случаев его странного и необычного поведения? Иными словами, известно ли им по личному опыту, как отражается болезнь на химически зависимом человеке?

Проникнуть сквозь стену самообмана жертвы обычно удается лишь тем, чье благоприятное мнение или оценка (одобрение) так необходимы ей для поддержания нормального представления о себе как о личности. На эмоциональном уровне под этими людьми чаще всего подразумеваются члены семьи и начальник. Тем не менее, часто оказывается, что именно друзья, помогая человеку трезво взглянуть на свое поведение, добиваются наилучшего результата. Возможно, химически зависимому человеку удалось убедить себя в том, что его пьянство – лишь симптом семейного разлада. Может быть, именно мнение стороннего наблюдателя, не принадлежащего к кругу его семьи, и поможет разрушить это убеждение.

• Коллеги.

Они должны быть из числа тех, с кем жертва постоянно работает вместе; […] жертва должна уважать их, а они – знать ситуацию по собственному опыту.

• Представитель духовенства.

Если жертва постоянно посещает церковь или синагогу, священник или раввин может оказаться незаменимым участником команды,

поскольку он лично располагает полезной информацией о болезни и методах ее лечения. […]

Шаг 2. Формируем группу убеждения.

Теперь вам необходимо встретиться с людьми, включенными в ваш список, и попросить их принять участие в убеждении. (Если список оказался чересчур длинным, лучше сузить круг потенциальных участников группы. Большая группа может оказаться слишком громоздкой, немобильной. В самом деле, наш опыт показал, что группа из 3–5 человек действует наиболее продуктивно).

Лучшие члены команды – *те, кто по меньшей мере имеет некоторое представление о химической зависимости, готовы рискнуть своей дружбой с жертвой, а также отвечают требованиям, предъявляемым к участнику убеждения в эмоциональном плане.*

От друга или коллеги, который настойчиво утверждает, будто алкоголизм и пристрастие к наркотикам – признак "моральной неустойчивости", во время убеждения будет мало толку. Каждый участник группы должен обладать достаточным знанием и пониманием сути химической зависимости, чтобы

а) воспринимать пагубную привычку как болезнь, при которой "нормальной" силы воли недостаточно для того, чтобы держать под контролем употребление химических; препаратов;

б) усвоить, что само воздействие "химикалий" в дальнейшем ослабляет крепость даже "нормальной" силы воли;

в) осознать, что из-за необходимости искать объяснение своему поведению жертва выработала у себя настолько эффективную систему защиты, которая, в свою очередь, привела ее к высокой степени самообмана – в том числе, к неспособности признать истинную природу болезни;

г) понять, что по причине самообмана жертва *абсолютно неспособна* трезво взглянуть на свое поведение, вот почему помощь должна прийти со стороны; а также

д) проникнуться мыслью; химическая зависимость – не просто дурная привычка – и от того, что произойдет в ходе вмешательства и после него, зависит – жить жертве или умереть.

[…] Приготовьтесь к возможному сопротивлению с их стороны, особенно когда дело дойдет до самого исполнения активной роли во время убеждения. Люди охотно расскажут *вам* о том, как человек пьет и злоупотребляет наркотиками, и как они к этому относятся (особенно, если это их лично задевает или оскорбляет), однако совсем другое дело – поставить под угрозу свою дружбу с жертвой. Возможно, именно это их и пугает.

[…] Можно по-разному опровергнуть каждый из этих доводов. […] Но главный аргумент – самый простой. *Если они так и не предпримут никаких мер, химически зависимый человек умрет преждевременно.* Выбор сводится к двум возможностям: можно вмешаться, тем самым рискуя дружбой с человеком (которая уже и так дала трещину из-за его болезни), или же сидеть сложа руки и наблюдать, как он (или она) продолжает губить себя, медленно, но верно.

Последний критерий выбора участника группы – его эмоциональная адекватность (то есть, пригодность в эмоциональном плане). Не следует пытаться участвовать в убеждении тем людям, которые до такой степени истощены морально, что могут навредить себе или сорвать процесс. Точно так же не стоит пытаться и тем, кто скован страхом или до такой степени сердит на больного, что злость застит глаза.

Сбор информации

При подготовке к убеждению вам следует собрать данные двух типов: факты о поведении жертвы, связанном со злоупотреблением спиртным или наркотиками, и информацию о медицинских учреждениях, куда можно обратиться за лечением.

Шаг 1: Составьте письменный перечень конкретных инцидентов или характерных состояний больного, связанных со злоупотреблением алкоголем или наркотиками, окончательно подтверждающих ваше беспокойство.

Именно это следует сделать *каждому* члену команды. Даже дети могут составить письменные перечни или попросить взрослых помочь им выразить то, что они пережили, своими словами. Эти перечни должны быть написаны от второго лица, поскольку они будут зачитаны жертве во время убеждения *("Ты* натворил то-то и то-то", а не "Мой муж натворил то-то и то-то"). И они должны быть *предельно* конкретны. Обобщения – "Ты слишком много пьешь", "Ты должен прекратить пить", "Твое пьянство усугубилось", "Ты все время в улете'" – бесполезны и даже обидны, поскольку воспринимаются как личные выпады-оскорбления.

В каждом пункте требуется метко и подробно описать конкретный инцидент, предпочтительно тот, который пишущий сам наблюдал своими глазами. Вот некоторые примеры:

• "В прошлый четверг, в 20:00 ты с невнятным бормотанием ввалился в гостиную, наткнулся на журнальный столик и разбил стоявшую на нем лампу. Возможно, ты не помнишь этого, потому что явно был пьян".

• "В понедельник, собравшись постирать, я обнаружила в корзине для белья еще одну опорожненную бутылку" […]

Каждое происшествие следует описать, не скупясь на подробности. Чем больше неприятных казусов перечислит каждый член группы, тем лучше.

[…] Что может быть более шокирующим и неопровержимым, чем красочная видеосъемка алкоголика, шатающегося из стороны в сторону, глотающего слова, в общем, ведущего себя самым что ни на есть неподобающим образом. Если у вас есть видеокамера, воспользуйтесь ею!

Шаг 2. Выясните, куда конкретно можно обратиться за лечением по месту вашего жительства.

Основная цель метода убеждения – убедить человека согласиться на лечение или принять помощь в той или иной форме постоянного наблюдения. Вы должны быть готовы предложить ее больному в ходе самого процесса убеждения, а также дать конкретные рекомендации. Разумно заранее договориться о лечении в медицинском центре или клинике; если падет защитный барьер, жертва, вероятно, незамедлительно согласится отправиться туда.

Есть несколько возможностей получить консультацию, доставив список учреждений, куда можно обратиться за помощью, постарайтесь *получить более подробную информацию об их услугах.* Закажите экземпляры проспектов, брошюр и других публикаций. Попросите полное описание программы. Поинтересуйтесь, есть ли у них курс наблюдения за выздоравливающими? Каков процент выздоравливающих через год? два? десять лет? И – что особенно важно – рассматривает ли программа метод убеждения как важный и действенный подход к лечению? Некоторые программы построены без учета этого метода.

Не успокаивайтесь, пока не найдете по крайней мере хотя бы один, на ваш взгляд, приемлемый вариант лечения. По*ка вы не выполните эту крайне необходимую задачу, вы не готовы к убеждению.* Если в результате вмешательства жертва не соглашается на лечение, это происходит потому, что команда недостаточно подготовилась именно в этой области. Если химически зависимый человек выражает готовность лечиться, а вы, со своей стороны, не можете предоставить ему ни названия, ни адреса, ни номера телефона лечебного учреждения, тогда защитная стена может полностью восстановиться снова, став еще прочнее, чем прежде. И все остальные ваши усилия пойдут насмарку.

Репетиция убеждения

Перед самим убеждением рекомендуется провести одно или два "репетиционных" практических занятия. На них должны присутствовать все те, кто будет участвовать в процессе убеждения, за исключением химически зависимого человека. Каждый из членов группы убеждения должен явиться со своим письменным перечнем фактов поведения химически зависимого человека.

Помимо очевидной подготовки команды к вмешательству, репетиции выполняют целый ряд других полезных функций.

• Они помогают почувствовать членам семьи и другим, заинтересованным лицам, что они не одиноки – беда коснулась и остальных.

• Собрание всех участников обеспечивает взаимную поддержку друг друга и способствует взаимопониманию.

• Репетиции смягчают напряжение и страх, а также снижают вероятность того, что во время убеждения кто-либо выразится неясно, неконкретно или допустит необдуманное высказывание.

• Они требуют от членов команды сосредоточиться на своем выборе и возможных его последствиях.

• Они создают благоприятный климат для перемен и вселяют в присутствующих уверенность в том, что проблема так или иначе *разрешима.*

Можно посвятить часть первой репетиции (или всю ее целиком) рассмотрению симптомов болезни химической зависимости (см. страницы 14–19 этой книги, "Что нам известно о заболевании"). Дайте людям возможность задать вопросы и поделиться своими знаниями.

Если вы вполне уверены, что все члены группы имеют представление о болезни и ее последствиях, вы готовы двигаться дальше.

Шаг 1: Выберите председателя.

Участники группы должны выбрать человека, который будет "руководить" репетициями и самим убеждением. Если в состав группы входит начальник или непосредственный руководитель жертвы, то вам следует отдать ему предпочтение при выборе по двум веским причинам: он (или она) обладает профессиональным опытом руководства и *не является* членом семьи. Супруги и взрослые дети, вынесшие немало душевной боли, живя с химически зависимым человеком, на эту роль, как правило, не подходят.

Первостепенная обязанность председателя – гарантировать, что убеждение не выродится просто в очередной семейный скандал. Поэтому членам команды также следует действовать согласно его (или ее) руководству. Если председательствующий говорит: "Хорошо,

Мэри, пора дать высказаться Фреду", то Мэри следует передать слово Фреду.

Шаг 2: Подробно проработайте каждый пункт письменных перечней, подготовленных участниками команды.

Членам команды следует вслух зачитать свои перечни по пунктам, каждый из которых должен быть одобрен или, если необходимо, исправлен командой.

Помните, каждый пункт должен представлять собой к*онкретное* описание инцидента или особенностей поведения зависимого человека, обусловленного злоупотреблением алкоголем или наркотиками. Описания должны быть полностью правдивыми и как можно более подробными. В них следует избегать оценок, обобщений и субъективных мнений.

Остерегайтесь интонаций жалости к себе и враждебности – эмоций, которые могут воспрепятствовать общению и превратить убеждение в состязание "кто громче крикнет" или завести его в тупик. *Единственной* эмоцией, присутствующей в этих заявлениях, должна стать подлинная обеспокоенность. Если детей нужно потренировать в чтении написанных ими строк, воспользуйтесь случаем помочь им. Воздержитесь от желания вложить им в уста чужие слова; гораздо предпочтительнее, если они выскажутся в своей собственной манере, чтобы их выступление не выглядело бездумным копированием поведения взрослых членов команды.

Внесение поправок в перечни каждого из членов команды важно по двум причинам. Во-первых, это дает людям возможность "привести в порядок" текст своего выступления – точно понять, что они хотят сказать, и как. И во-вторых, это помогает нарушить "принцип замалчивания". […] Какова бы ни была причина их молчания, она реально способствуют болезни – позволяет ей прогрессировать и обостряться.

Часто репетиции убеждения прерываются возгласами: "Не знал, что тебе известно об этом!", или: "Мне казалось, я – единственная, кто это заметил!". В конце концов, некоторые "тайны" оказываются вовсе не такими уж тайнами. Другие, раскрытые наконец совместными усилиями, приумножают у участников команды чувство сопричастности общему делу. И уже далеко не один человек может сказать: "Знай я хотя бы половину того, что услышал сегодня, я бы взялся за дело скорее!"

Шаг 3: Определите порядок, в котором члены команды будут зачитывать свои перечни во время убеждения.

Кто-то должен быть первым! И вторым... и третьим. Определение порядка заранее предупредит неловкие паузы и помешает жертве прервать или саботировать процесс.

Лучше начать с того, кто тесно связан с химически зависимым человеком и является для него несомненным авторитетом, а потому имеет самый высокий шанс пробиться сквозь защитный барьер. Чаще лучше всего бывает остановить выбор на его начальнике или непосредственном руководителе.

На данном этапе подготовки не полагайтесь на память; председательствующий должен письменно зафиксировать порядок выступлений, принести запись на саму процедуру убеждения и быть готовым по мере необходимости напоминать каждому из участников группы о том, что пришел его черед сказать свое слово.

Шаг 4: Выберите кого-нибудь, кто исполнил бы роль химически зависимого человека во время репетиций.

Хотя это и не обязательно, но может оказаться очень полезным. Одна из целей репетиции – дать членам команды почувствовать, что ожидает их во время процедуры убеждения – все, вплоть до возможных возражений, отрицаний, извинений и эмоциональных "взрывов" со стороны человека, ради блага которого оно осуществляется.

Можно по очереди передавать эту роль от одного участника команды другому, предоставляя каждому возможность высказать возражение, неприятие, извинения, или продемонстрировать вспышку гнева, которые ему (или ей), вероятно, уже приходилось видеть и слышать в "исполнении" химически зависимого человека. Цель – знать о них и быть готовым на них отвечать. Вероятность того, что жертва выдержит всю процедуру убеждения, не проронив ни единого слова, очень мала. Следовательно, лучше всего заранее предвидеть то, что скажет он (или она), и заблаговременно точно решить, как на это реагировать. […]

Шаг 5: Продумайте, что будут отвечать члены команды химически зависимому человеку.

Решение участвовать в убеждении – это лишь часть необходимых обязательств, которые берет на себя каждый член команды.

Настало время узнать, как далеко они намерены зайти в своих действиях и на что готовы пойти ради того, чтобы убедить жертву принять помощь.

Жена может сказать: "Я довольно хлебнула с ним горя. Если он не обратится за помощью, то может уходить – либо я заберу детей и уйду сама". Означает ли это, что она на самом деле поступит так, как сказала? *Действительно ли* она заберет детей и уйдет? И есть ли,

куда уйти? Бывало ли так, что она заявляла об этом и раньше, но все оставалось без изменений.

Начальник, возможно, скажет: "Производительность ее труда день ото дня все ниже, кроме того, она плохо влияет на товарищей по работе. Они жаловались мне на то, что по ее вине на них приходится дополнительная нагрузка. Если она не начнет лечиться, мне придется ее уволить". Может ли он осуществить свое намерение? Осуществит ли его? […]

Большинство людей, тесно связанных с химически зависимым человеком, вероятно, привыкли выставлять ультиматумы – и точно так же привыкли идти на попятную. Этому делу нужно положить конец.

Требования, сопровождаемые какой-либо угрозой, должны быть как *реальными,* так и *твердыми.* Если жена по-настоящему не готова забрать детей и уйти, не нужно обещать, что она это сделает. Непосредственному руководителю химически зависимого человека следует точно выяснить, какова позиция их компании по отношению к химической зависимости, наметить меру (или ряд мер) воздействия и быть готовым их осуществить.

Что делать, если в процессе убеждения жертва встает с места и грозится уйти? Нужно быть готовым сказать: "Пожалуйста, сядь и выслушай нас". Как быть, если он на полуслове прерывает участника команды словесной атакой? Нужно без колебаний, несмотря ни на что, прочесть перечень его "подвигов" целиком, до конца. Что если жертва бросается в слезы и клянется исправиться? Принять такую клятву за чистую монету и тут же прекратить вмешательство хотя и соблазнительно, но вовсе неразумно. Группа должна быть готова дойти до конца – до момента, когда выскажутся все, и химически зависимому человеку будет предложено принять конкретную помощь.

На *каждое* действие со стороны химически зависимого человека необходимо иметь противодействие, сообразное обстановке и соответствующее цели вмешательства. Если самая подходящая реакция на его поведение – ультиматум, то тот, кто его выдвигает, должен быть готов выдержать все условия до конца.

Шаг 6: Руководство репетицией.

Репетицию – и саму процедуру убеждения следует начать с простого и прочувствованного вступительного заявления председательствующего. Такого, например: "(имя химически зависимого человека), мы собрались здесь, потому что любим тебя и хотим тебе помочь. И тебе, и всем нам придется трудно, но я вынужден начать с одной просьбы: дай нам возможность высказаться и постарайся

выслушать, как бы тяжело это ни было. Мы понимаем, что в следующие минуты будет нелегко... Не будешь ли ты любезен выслушать нас?"

Заметьте, что это заявление явно отводит химически зависимому человеку роль *слушателя* – и задача группы – постараться "удержать" его в этой роли.

Затем участнику команды, на которого пал выбор выступать первым, следует зачитать свой перечень. Участник, исполняющий роль химически зависимого человека, сейчас может в полной мере проявить свои актерские способности. Что может сказать он (или она) в реальной обстановке вмешательства? Как он (или она) может себя повести? Большинству членов команды так или иначе приходилось противостоять химически зависимому человеку; они могут даже процитировать его (или ее). ("Что ты имеешь в виду, говоря, будто у меня возникла проблема? Это у тебя проблема! Если прекратишь меня пилить, я брошу пить!") Попрактикуйтесь отвечать так; "Пожалуйста, выслушай то, что я должен сказать...", и далее, следуя перечню.

Каждому члену команды необходимо дать возможность прочесть свои строки и постараться предугадать, как может отреагировать на них химически зависимый человек. Как бы го ни было, председательствующий должен исполнять свою главную функцию – следить за тем, чтобы участники команды не уклонялись от темы. Репетиция должна быть максимально правдоподобной, приближенной к реальной жизни. В том, что участники команды невольно переходят к обвинениям или обобщениям, или, поддавшись эмоциям, уклоняются от темы, нет ничего необычного. Именно поэтому каждому участнику команды следует попрактиковаться также в выражении участия и заботы о жертве болезни.

Постарайтесь предвосхитить положительным заявлением каждую жалобу больного: "Милый, ты всегда был замечательным мужем, но я так беспокоюсь о тебе. На прошлой неделе, хорошенько набравшись, ты въехал прямиком в дверь гаража..." "Мама, я действительно благодарна тебе за все твои старания устроить мне день рождения. Но я не на шутку растерялся, когда ты налетела на стул. Я догадался, что ты пила вино вместо пунша". […]

Процесс убеждения предполагает, что реальность так или иначе пробьется сквозь защитный барьер. В какой-то момент химически зависимый человек непременно "увидит" свою жизнь такой, *какова она есть на самом деле* – возможно, впервые за долгие годы. Те, кому приходилось участвовать в процедурах убеждения, описывают

удивительные перемены, происходящие в это время. Всех собравшихся охватывало чувство великого облегчения и, очень часто, – любви. Участники команды чувствовали себя обессиленными и, вместе с тем, исполненными надежды. Все то раздражение, которое, казалось, переживали жертвы, сменялось потрясением и негодованием, а порой и глубокой растерянностью. Многие из них обводили взглядом собравшихся и говорили: "Господи, я и не подозревал, как сильно я обижал вас. Простите меня!"

И хотя это может показаться успешным окончанием убеждения, на самом деле – это лишь завершение *первой стадии.* Не менее важно отрепетировать то, что последует дальше: то, как вы будете настаивать, чтобы жертва согласилась принять помощь, и то, как представите ей имеющиеся варианты лечения. Возможности выбора, которые вы уже внимательно рассмотрели, необходимо "свести" к *конкретному* стационару, *конкретному* лечебному центру, или, в некоторых случаях, к амбулаторному лечению и психологическому тренингу в Обществе Анонимных Алкоголиков. Позволяя жертве выбирать из предложенного, вы тем самым помогаете ей в какой-то мере восстановить чувство собственного достоинства.

Разумеется, не исключается возможность того, что химически зависимый человек будет упорствовать, заявляя, что в лечении нет необходимости, поскольку в глубине души у него созрело решение покончить с пьянством. Вы понимаете, что медлить нельзя, поэтому готовы попробовать альтернативный подход. (Мы называем его – ответ "а что, если"). "Ты принял это решение заранее. Давай, попробуй. Но *что, если* ты хотя бы раз снова "сорвешься"? Тогда ты согласишься принять помощь?"

По всей вероятности, жертва предпримет честную попытку бросить пить самостоятельно. *Но то, что человек бросает пить, еще не значит, будто он пошел на поправку.* Болезнь – в том числе эмоциональный синдром – по-прежнему существует, и она столь же опасна, как прежде. Все это приводит к тому, что принято называть "пьяница в завязке".

Что характерно для "пьяницы в завязке"? – Например, раздражительность, тревожность, нервозность, обида и жалость к себе. Человек может чересчур остро реагировать на простое разочарование, быть то излишне чувствительным, то – излишне придирчивым, в общем, ведет себя непредсказуемо. Окружающие частенько станут с тоской вздыхать по старым добрым "спокойным" денечкам, когда жить с ним было куда проще!

Иными словами, несмотря на то, что абстиненция (воздержание от употребления спиртного или наркотиков) – цель важная, но она *не единственная.* На самом деле, это всего лишь один, хотя и значительный, шаг на пути к возвращению к полнокровной и максимально плодотворной жизни.

Прекращение пьянства, само по себе, создает эмоциональный вакуум, и жизнь в этом вакууме может оказаться сущим адом.

Главная цель выздоровления – и способствующего ему разнообразного лечения – состоит в восстановлении силы собственного "я" жертвы. Необходимо лечить *человека в целом:* его душу и тело. Химически зависимый человек страдает эмоционально, умственно и духовно, точно так же, как и физически. Лучшие из известных на сегодняшний день программы лечения учитывают это и используют межотраслевые группы специалистов, включающие физиологов, психиатров, психологов, консультантов по проблеме химической зависимости, работников социальной сферы, представителей церкви, лечащих терапевтов и медсестер.

Таким образом, вторая стадия убеждения – которую вам следует отработать так же тщательно, как и первую – состоит в том, чтобы добиться от жертвы твердого согласия принять помощь. Вы *должны* быть готовы подойти к нему с одним или более конкретными предложениями: "Сразу после того, как мы закончим разговор, ты назначен на прием к доктору такому-то; я тебя отвезу". Или: "Мы зарезервировали тебе место в таком-то стационаре. Твоя сумка собрана и ждет в машине".

Постарайтесь заранее предвидеть как можно больше возражений, оправданий и благонамеренных обещаний – и будьте готовы ответить на них со всей твердостью.

С таким объемом работы, которую предстоит проделать до самой процедуры убеждения, легко понять необходимость одной или более репетиций. […] Только помните: время – это все. Чем скорее вы остановите развитие болезни, тем скорее у жертвы может начаться процесс выздоровления.

Окончательное уточнение деталей

Когда же начать убеждение? Приурочьте его к такому моменту, когда химически зависимый человек, вероятнее всего, будет трезв. Лучше всего также выбрать момент, непосредственно следующий после случая пьянства или употребления наркотиков – например, субботним утром, следующим за регулярно намечаемой на пятницу вечеринкой. Если человек в результате чувствует себя нездоровым с

похмелья, то это только в вашу пользу, поскольку его (или ее) защитные реакции, соответственно, будут ослаблены.

Где провести процедуру убеждения? Выберите место, которое бы не слишком возбуждало опасения жертвы, так как вам вовсе не нужно, чтобы она "воздвигла" защиту. Кроме того, это должно быть такое место, где вас не станут беспокоить и прерывать.

Кто возьмет на себя обязанность обеспечить явку химически зависимого человека в назначенное для проведения убеждения место? Этот участник группы должен сказать ровно то, что нужно, дабы убедить его явиться.

Есть ли такие, кто не сможет прийти на встречу без посторонней помощи? Кто обзвонит остальных, чтобы напомнить о времени и месте встречи?

Кто из участников попросит химически зависимого человека об одолжении выслушать то, что должна сказать команда? Кто заранее проведет необходимые приготовления за человека с тем, чтобы он мог не откладывая отправиться на лечение в том случае, если согласится принять помощь немедленно? Кто объяснит ему план лечения и ухода, амбулаторного наблюдения во время восстановительного периода?

Ничего не оставляйте на волю случая – ни одной, пусть даже самой мелкой, детали. Элемент неожиданности, как никогда, целиком и полностью на вашей стороне. Так воспользуйтесь им!

Следует ли обратиться за помощью к специалисту?

Во введении этой книги выражено кредо Института Джонсона: *каждый, кто искренне желает помочь – помочь может.* Есть шансы, что вам вполне удастся убедить химически зависимого без помощи квалифицированного специалиста. Однако, *если вы чувствуете необходимость в такой помощи, обратитесь за ней.*

[…] Дня начала рекомендуется лично побеседовать с тем специалистом, с которым вы решили сотрудничать. Выясните следующее:

• Признает ли он, что химическая зависимость – это болезнь?

• Одобряет ли он метод убеждения, верит ли в его действенность?

Тот, кто действительно поддерживает этот метод и верит в его эффективность, воздержится от классического совещательного подхода – "Полагаете, вам удастся убедить человека встретиться со мной?" – и, вместо этого, сосредоточится на оказании помощи тем, убеждение кого может оказаться наиболее результативным.

• Имеет ли он (она) личный опыт работы с этим методом?

Если ответы на все три вопроса положительны, то вы на правильном пути к продуктивным взаимоотношениям.

Можно привести немало убедительных доводов в пользу того, чтобы прибегнуть к помощи профессионального психолога-консультанта, особенно такого, который готов руководить процессом от начала до конца. Начнем с того, что позиция советчика извне, не входящего в круг людей непосредственно связанных с химически зависимым человеком, гарантирует объективность. Из консультанта может получиться хороший председатель, а также, вполне возможно, он мастерски сыграет на репетиции роль химически зависимого человека; ему (или ей), вероятно, не раз приходилось видеть и слышать все (или почти все) то, чему вы станете свидетелем во время процедуры убеждения.

Консультант может внести ценный вклад и во время сбора данных – от подробного просмотра и обсуждения перечней, составленных участниками команды, до рекомендации доступных вариантов лечения. Он (или она) также обладает достаточными знаниями и опытом, чтобы смягчить страх и облегчить беспокойство участников команды по поводу предстоящего вмешательства.

Наконец, консультант поможет вам и другим участникам группы понять, почему жизнь, работа или тесная дружба с химически зависимым человеком могут привести к появлению аналогичных симптомов "созависимости". Он (или она) также поможет вам понять природу своего попустительского поведения, разобраться с ним – и выяснить, что вам потребуется для лечения и выздоровления.

[…] следует помнить: ваша самая неотложная задача – остановить болезнь, и лучше всего сделать это как можно скорее. Вашему консультанту следует задаться той же целью, проникнуться мыслью, что дело не терпит отлагательства.

Процесс убеждения

[…] пришла пора действовать. Теперь у вас есть возможность и средство остановить болезнь химической зависимости и помочь дорогому вам человеку встать на путь выздоровления.

Возможно, вы волнуетесь. Быть может, даже испытываете страх. Или, должно быть, тревожитесь по поводу неприятной сцены, которой, как вам кажется, не миновать. Но именно в этот момент вы прежде всего должны чувствовать свою сопричастность общему делу и искреннюю заинтересованность в его успехе.

И вот, когда вы уже на пороге вмешательства, улучите минуту, чтобы мысленно поздравить себя с тем, как далеко вы продвинулись. […]

Сценарий процесса убеждения

До сих пор не было сказано, как практически осуществить процесс убеждения. […] Если команда целиком состоит из непрофессионалов, в некоторых, весьма особых случаях, *не следует* пытаться осуществить убеждение без участия специалиста. […] хотя невозможно подобрать образцовый вариант "типичного" убеждения, приведенный ниже пример очень точно отражает обычную картину происходящего.

Прежде чем перейти к практическим действиям, настоятельно рекомендуется обратиться за помощью к специалисту в следующих случаях:

• если химически зависимый человек давно страдает каким-либо психическим заболеванием;

• если он (она) отличается жестоким, оскорбительным и крайне сумасбродным поведением;

• он (или она) в какой-то период времени находился в состоянии глубокой депрессии; или

• вы подозреваете его в пристрастии к целому к ряду наркотических препаратов, но не располагаете достаточными сведениями или свидетельствами очевидцев о том, что на самом деле употребляет жертва.

Мы уже отмечали, что во время вмешательства химически зависимый человек должен быть трезвым. Но если признаки употребления алкоголя распознать достаточно легко, то наличие наркотической интоксикации может быть не столь очевидным. Известно, что некоторые из наркотических препаратов вызывают психотические (или близкие к психотическим) состояния. *Если вы не можете с уверенностью определить, не находится ли человек под воздействием наркотических препаратов в момент, когда намечено вмешательство, отложите его проведение, и прежде чем предпринять новую попытку, обратитесь за консультацией к специалисту.*

Человек, которого мы собираемся убедить – наш старый приятель Эдд. Его жена Каролина провела несколько недель, набираясь знаний о химической зависимости – читая книги и статьи, беседуя с друзьями, родные и близкие которых страдают химической зависимостью. Особенно долго она беседовала со своей сестрой, живущей в другом городе, муж которой после лечения уже пять лет как не пьет.

Она также конфиденциально побеседовала с Бобом – непосредственным руководителем Эдда по работе. В соответствии с курсом, проводимым их компанией, Боб согласился жестко взяться за Эдда и

настоять, чтобы тот дал согласие лечиться. Страховой полис компании покроет стоимость лечения, а рабочее место Эдда будет сохранено за ним до его возвращения.

Состав команды, которую набрала Каролина:

• Боб, который также будет выполнять обязанности председателя;

• Мелани, двадцатичетырехлетняя дочь Эдда и Каролины;

• Том, их шестнадцатилетний сын;

• Говард, сосед и близкий друг Эдда.

Процедура убеждения назначена на субботу, на 10:00, в кабинете Боба. Боб вызвал Эдда к себе для подготовки отчета, который необходимо представить заказчику в понедельник. Он придет в 10, а все остальные: Каролина, Мелани, Том и Говард появятся на пороге его кабинета 10:15. До этого команда собиралась дважды, чтобы отрепетировать ход процедуры и "отшлифовать" составленные перечни.

Ровно в 10:15 Эдд поднимает глаза и видит, как Каролина, Мелани, Том и Говард входят в кабинет Боба.

Эдд: "Что происходит?"

Боб: "Через минуту я все объясню тебе, Эдд. Проходи, Каролина, и помоги остальным разместиться. Мелани и Том, рад вас видеть".

Эдд: "Если бы у всех вас не был такой мрачный вид, я мог бы подумать, будто сегодня день моего рождения. Давайте же, кто-нибудь, откройте тайну".

Участники команды расселись по местам и готовы приступить к делу. Боб как председательствующий начинает.

Боб: "Эдд, я хочу, чтобы ты понял: всем нам придется тяжело. Я действительно хотел обсудить с тобой предстоящий отчет, но более важный повод для встречи – то, что привело сюда твою семью. Я испытываю облегчение, потому что мы, наконец, можем высказаться открыто. Ни один из нас не желал ничего от тебя скрывать, и нам на самом деле было неловко действовать таким образом. Но мы хотели сделать все, как следует.

Сейчас я собираюсь попросить тебя об одолжении, а именно – дать нам возможность высказаться. Обещай выслушать, как бы тяжело это ни было. Понимаем, тебе будет несладко... Не мог бы ты пойти нам навстречу и просто выслушать нас?"

Эдд: "Что все это значит?"

Боб: "За последние несколько недель мы не раз собирались вместе, поскольку все мы любим тебя и глубоко обеспокоены тем, что

с тобой происходит. Уверен, если та выслушаешь нас, то поймешь наши чувства. Мы собрались здесь поговорить о твоем пьянстве. Единственное, о чем мы просим, так это выслушать нас. Ты согласен?"

Эдд (свирепо глядя на председателя): "Ушам своим не верю. Я-то думал, ты вызвал меня сюда поработать над отчетом".

Боб: "С этим пока придется повременить, поскольку у нас есть дело поважнее".

Эдд (поворачиваясь лицом к Каролине): "Полагаю, ты все это затеяла. Ты же годами придираешься ко мне за мое "пьянство".

Каролина: "Все мы собрались здесь ради тебя, Эдд. Мелани и Том, Боб н Говард – все мы очень за тебя тревожимся".

Боб: "Эдд, положение, действительно, очень серьезное. Понимаю, сейчас ты, должно быть, сердит на нас, но если ты решишь отстраниться или станешь все время перебивать, то последствия могут быть самые серьезные".

Эдд: "Ты хочешь сказать, что на карту поставлена моя работа?"

Боб (кивая): "Я могу пойти и на такой шаг. Но я не хочу обсуждать это сейчас. Давайте лучше послушаем, что скажет Мелани".

Эдд: "Ладно, послушаем. Не уверен, что мне это понравится, но я выслушаю".

Боб: "Это все, о чем мы просим. Начинай, Мелани".

Мелани лезет в сумочку и достает свой перечень. Прежде чем начать, она нервно поглядывает на отца.

Мелани: "Папа, ты знаешь, что я всегда тебя любила. Не было отца лучше и заботливей тебя. Я помню все то время, что мы проводили вместе, когда я была маленькой – особенно, как ты водил нас в поход, когда мне было девять.

Но в последнее время я действительно переживаю за тебя. Когда бы мама не пригласила меня на обед, ни разу не обошлось без рюмки. А затем мы как всегда с жаром принимались спорить. В прошлое воскресенье ты едва не запустил в меня бокалом. Это так не похоже на тебя, папа. Ты никогда не поднимал на меня руку, пока не запил".

Эдд: "Мелани, я просто пошутил..."

Мелани: "Я испугалась. Помнишь, я рано ушла? Именно поэтому". […]

Итак далее, пункт за пунктом. К тому времени, когда Мелани заканчивает чтение, Эдд сидит в глубоком молчании. Затем вступает Говард.

Говард: "Эдд, ты – самый лучший партнер по бриджу. Ты – мой давний и добрый друг. Но меня тоже тревожит твое пьянство".

Эдд (саркастически): "Что ж, Говард, как мне помнится, нам не раз случалось "опрокидывать" вместе. Кроме того, не ты ли научил меня, смешивать превосходный "мартини"?"

Говард: "Эдд, последнее время, когда мы собирались за игрой, ты являлся уже выпившим. Это было очевидно всем собравшимся. Потом, где-то в течение следующего часа, ты требовал приготовить тебе еще несколько порций коктейля. Не в силах сосредоточиться на игре, ты принялся рассказывать какую-то долгую и запутанную историю. Ты ходил не *в* очередь и, в конце концов; нам пришлось свернуть игру". […]

Боб: "Эдд, пожалуйста, дослушай нас. Мы знаем, это нелегко. Всем нам сейчас не до шуток.

Эдд, скрестив руки на груди, уставился в потолок. Он все еще глядит в потолок, когда Говард заканчивает чтение, и настает черед Тома.

Том: "Папа, мне очень тяжело. Боюсь, ты на меня страшно рассердишься. Нам всем и так уже с лихвой хватило неприятностей. Но я люблю тебя, папа. И я не могу сидеть сложа руки и смотреть, что ты делаешь с собой, и с мамой, и со мной, и с Мелани".

Прежде чем приступить к чтению, он глубоко вздыхает.

Том: "Папа, помнишь, как прошлым летом мы отправились в поход? Всю дорогу ты то и дело вылезал из машины, якобы проверить кузов и выяснить, что там постоянно перекатывается. Я догадался, что это бутылка. Всякий раз, когда ты останавливался, ты тайком к ней прикладывался. Когда мы добрались до лагерной стоянки, ты был уже изрядно пьян".

Эдд: "Том, так нечестно. Я думал, мы замечательно провели время".

Том: "Ну, это совсем не так. По крайней мере, что касается меня. Все выходные я только и следил, как бы ты не свалился в костер или не заблудился в лесу. Папа, большую часть времени ты был пьян. Я не мог дождаться, когда мы вернемся домой".

Эдд: "Тебя просто тянуло обратно, к твоим приятелям. Понимаю, как тяжко подростку провести уик-энд с папашей".

Том: "Это неправда! Но если ты, папа, без конца пьешь, тут не до шуток. Разве ты не понимаешь, что твое пьянство делает со всеми нами? С Мелани, с мамой, со мной?"

Боб: "Том, пожалуйста, продолжай читать. Что дальше, Том?"

Том явно расстроен. Через мгновение он делает еще один глубокий вдох и вновь принимается читать. […]

Пока Том продолжает читать, Эдд делает вид, будто не слышит. Он ерзает на стуле, поглядывает на часы, перевязывает шнурки. Он избегает встречаться взглядом с присутствующими.

Когда Том заканчивает, Боб достает из кармана свой листок. Он кладет его на стол перед собой и начинает читать.

Боб: "Эдд, ты всегда был замечательным работником. В первые пять лет твоей работы объем продаж превысил обычный уровень, и в этом немалая твоя заслуга. Но положение дел изменилось. За последние несколько месяцев производительность твоего труда резко упала".

Эдд: "Боб, будь реалистом. Всю нашу отрасль лихорадит".

Боб: "Возможно, но лишь единственный отдел нашей компании, причем твой. Твои коллеги жалуются, что ты не выполняешь свою долю работы, Состояние бухгалтерской отчетности оставляет желать лучшего. Когда мы недосчитались финансового отчета Мартина, я попросил его самого объяснить в чем дело, и он признался, что больше не может с тобой работать. Он не хотел говорить ничего плохого в твой адрес, но я давно подозреваю, что неприятность с отчетом вышла из-за твоего пьянства".

Эдд: "А не поведал ли он к тому же, как разделал меня, когда я всего-то на неделю задержался с выполнением его распоряжения?"

Боб: "В прошлый понедельник ты явился после двухчасового (!) ленча, и от тебя несло спиртным. Ты отказался отвечать на звонки до конца рабочего дня",

Эдд: "Видал, как ты сам выпивал во время ленча".

Боб: "Я делаю это не каждый день. А ты – да. Даже если ты перекусываешь в кафетерии, то все равно как-то ухитряешься к середине дня дышать перегаром".

Эдд встает.

Эдд: "Ладно. Погодите. Я вам кое-что покажу".

Он покидает комнату и, не проходит и минуты, как возвращается, неся с собой бутылку. Он ставит ее на стол перед Бобом.

Эдд: "Признаюсь, я держал ее у себя в столе. Может, я иногда и "взбадривался" во время рабочего дня. Но с этим покончено. Никогда больше не буду, обещаю".

Боб. "Прекрасно, Эдд. Я уверен, что ты сдержишь свое слово. Однако все мы решили: для того чтобы ты смог одержать свое обещание, тебе нужна помощь".

Эдд: "Что ты имеешь в виду, какая помощь? Ты говоришь о вытрезвителе или о чем-то еще?"

Боб: "Давай послушаем, что скажет Каролина, а затем – дадим тебе возможность принять решение. Готова, Каролина?"

Каролина потупилась, она упорно не отрывает глаз от своего листка, словно старается выучить текст наизусть. Все спокойно ожидают. Наконец, она поднимает взгляд и смотрит на мужа.

Каролина: "Эдд, я вышла за тебя замуж, потому что любила тебя. Я все еще тебя люблю. Но моему терпению пришел конец. Последнее время невольно напрашивается желание попросить тебя уйти, оставить нас с Томом в покое. Мне страшно, когда ты пьешь, и я боюсь, что ты можешь нас покалечить".

Две недели назад ты явился домой после работы около десяти вечера. Когда я спросила, где ты был, ты ударил меня и сказал, чтобы не лезла не в свое дело. За все годы, пока мы вместе, не случалось ничего подобного".

Том (потрясенно): "Мама! Ты ни разу не обмолвилась об этом на наших собраниях".

Каролина: "Прежде всего, я хотела сказать об этом твоему отцу. Пусть он знает, впервые за двадцать пять лет совместной жизни он пугает меня".

Эдд переводит взгляд с потолка на Каролину Его поза несколько утрачивает оборонительный характер.

Эдд: "Милая, я так виноват. Не знаю, что на меня нашло. Клянусь, такое никогда не повторится снова".

Каролина: "Я просто хочу, чтобы ты выздоровел, чтобы все стало, как раньше. Эдд, я уже не один месяц сама распоряжаюсь чековой книжкой. Я покрывала твое мошенничество, разбиралась в созданной тобой финансовой неразберихе, брала деньги из наших сбережений, улаживала дела с превышением кредита в банке. Только за последний месяц ты превысил кредит на пятьсот долларов и даже не заметил этого. Чем больше ты пьешь, тем больше денег уходит в никуда. А раньше ты мог отчитаться за каждый потраченный цент".

[…]*Каролина:* "На прошлой неделе, когда мы отправились пообедать, мне пришлось тайком вытащить ключи от машины у тебя из пиджака и спрятать их в своем кошельке, чтобы ты не пытался сесть за руль. Ты в одиночку прикончил полторы бутылки вина. Я не собиралась ехать на сидении для пассажиров".

Эдд: "Я езжу осторожно. Разве я когда-нибудь попадал в аварии?"

Каролина (очень мягко): "Пока еще нет. Но три недели назад ты был на волосок от происшествия. Помнишь, когда этот мальчуган выскочил из-за припаркованных машин? Мне пришлось буквально вцепиться в руль. В тот день ты выпил – хотя ты и прятал бутылку в гараже, я поняла, что выпил – и если бы я не среагировала так быстро, ты бы сбил ребенка. Возможно, насмерть".

В первый раз Эдду нечего возразить.

Каролина: "Я не буду больше читать тебе нотаций. Я не стану выгораживать тебя перед людьми, как это было в случае с Мелани. Я не намерена звонить Бобу и извиняться за твои опоздания. Я не собираюсь стоять и ждать, пока ты не покалечишь меня или Тома. Все это нужно прекратить, Эдд".

Теперь Эдд смотрит в пол.

Боб: "Мы почти закончили, Эдд. Я знаю, тебе неприятно, но мы почти закончили. Каждому осталось добавить одно-два слова. Когда все завершится, мы поговорим".

Мелани: "Папа, даже не знаю, как и сказать, но меня больше не тянет домой. Никогда не знаешь, в каком ты состоянии. Раньше в доме было так весело, а теперь такая напряженная обстановка. Из-за нее даже домой идти не хочется".

Говард: "Эдд. я дорожу твоей дружбой, и мне невыносимо смотреть на то, что происходит. Но я не могу принимать тебя у себя в доме, пока все не изменится. Линда тоже за тебя переживает, но еще больше она стремится оградить детей. Она не хочет, чтобы ты находился рядом с ними в пьяном виде".

Картина: "Эдд, я не могу так больше. Твое пьянство сказывается и на мне тоже. Временами мне кажется, будто я схожу с ума. У нас больше нет ни общих разговоров, ни общих дел, как раньше; и я чувствую, что должна следить за тобой каждую секунду. За последние недели я поняла одно: я больна так же, как и ты. Нам *всем* нужна помощь, Эдд".

Мелани: "Мама права, отец. То, что с тобой происходит – это болезнь, называемая химической зависимостью, и она передается окружающим. И все мы: Том, мама и я, тоже больны ею по-своему.

Но ни ты, ни мы не должны медлить. Ты поправишься. Ты непременно поправишься. Все мы поправимся, но для этого нужно держаться друг за друга".

Том: "Папа, пожалуйста, согласись. Я люблю тебя. Мы все тебя любим, и нам больно видеть тебя таким. Ты не тот, каким был раньше. Мне стыдно приглашать в дом друзей, потому что никогда не

знаешь, в каком ты состоянии. Порой мне кажется, будто у меня больше нет отца".

Боб: "Эдд, я хочу повторить то, что уже сказал. Тебе придется восстанавливать свою профессиональную репутацию. Но, мне кажется, тебе это вряд ли удастся, пока ты не примешь помощь, чтобы навсегда покончить с пьянством".

Эдд закрывает лицо руками. Спустя минуту-другую, он поднимает глаза и обводит взглядом лица присутствующих. Когда он начинает говорить, его голос звучит едва ли не шепотом.

Эдд: "Господи, неужели все, о чем вы рассказали, правда? Неужели я такой мерзавец?"

Каролина: "Мы собрались здесь не для того, чтобы ругать или обвинять тебя в чем-либо, а для того, чтобы помочь нам всем. Я знаю, что нуждаюсь в помощи так же сильно, как и ты".

Эдд: "Хорошо, так что же от меня требуется? Хотите, чтобы я собрал вещи и ушел? Вы этого хотите?"

Каролина: "Нет, нам нужно совсем не это. Мы хотим, чтобы ты поправился".

Боб: "Эдд" алкоголизм – это болезнь. Приняв помощь, ты снова будешь здоров".

Эдд: "Я не понимаю. Что вы имеете в виду, какую болезнь? Я могу прекратить пить, когда захочу. И брошу, начиная с сегодняшнего дня. Вот увидите!"

Боб: "Люди, которые тебе помогут, расскажут тебе о болезни куда больше. Бросить пить гораздо труднее, чем ты думаешь. Кроме того, дело не только в этом".

Эдд (решительно): "Боб, ты знаешь, если я что-то задумал, то выполню обязательно. Я отвечаю за свои слова: в жизни никогда больше не буду пить".

Боб (глядя Эдду в глаза): "Мы пришли сюда не за тем, чтобы выслушивать твои обещания. Мы собрались, чтобы убедить тебя согласиться принять помощь. Пора попробовать что-то новое и совершенно другое".

Эдд: "О чем ты – об Обществе Анонимных Алкоголиков или вроде того? Какой-нибудь клуб для выпивох и всяких отщепенцев?"

Боб: "Думаю, ты будешь удивлен, узнав, какие люди обращаются в Общество Анонимных Алкоголиков. Но хотелось бы начать не с этого. Ты можешь обратиться в стационар Парк-Сити или в Северный лечебный центр. Тебя уже ожидают, прямо сегодня".

Эдд (явно потрясен): *"Сегодня.* Подождите-ка минутку. Нам еще нужно обсудить все как следует. Кроме того, я не могу поехать сегодня. Отчет должен быть готов к понедельнику".

Боб: "Мы сами об этом позаботимся. Месяц без тебя мы здесь продержимся. Кроме того, когда ты вернешься к работе, то уже настолько поправишься, что будешь трудиться раза в два продуктивнее".

Эдд: "Месяц? *Я* не ослышался, ты сказал, месяц?"

Боб: "Ровно столько длится программа лечения. Ты отправишься лечиться сегодня и вернешься через тридцать дней".

Эдд *поворачивается к Каролине.*

Эдд: "Я не могу оставить вас с Томом на целый месяц".

Каролина: "Я навещу тебя, как только мне разрешат. А во время "недели семьи" я буду бывать у тебя каждый день".

Эдд: "Но ведь нужно время, чтобы подготовиться, собрать вещи, и ты, вероятно, должна забронировать место или что-то вроде того... А не подождать ли с этим до понедельника?"

Каролина: "Твой чемодан собран и готов в дорогу. Он в багажнике моей машины. Если тебе понадобится еще какая-то одежда, я позабочусь о том, чтобы тебе передали".

Боб: "И если ты поедешь сегодня – твое место сохраняется за тобой до твоего возвращения".

Эдд: "А если нет?"

Боб: "У тебя нет выбора, дружище. Ни на что другое я не согласен".

Теперь Эдд тихонько плачет. Мелани подходит к нему сзади и обнимает его.

Мелани: "Папа, это поможет всем нам. Ты поправишься, и мы тоже поправимся. Мы с мамой сегодня вечером в первый раз идем на собрание Общества Анонимных Алкоголиков".

Эдд: "Не могу поверить в то, что происходит. Почему вы до сих пор молчали? Почему никто не сказал мне, что я сделал всем вам?"

Каролина: "Мы пытались, но ты нам не верил. Теперь я знаю, почему. Ты не мог понять, насколько ты болен, Эдд. Ты просто не знал. Обычно так и бывает, Эдд".

Боб: "Теперь нам нужно принять решение. Так что ты выбрал, Эдд? Парк-Сити или Северный?"

После полудня того же дня Эдд регистрируется в Северном лечебном центре. Его жена и дети находятся рядом с ним, для поддержки. Убеждение прошло успешно: Эдд получит необходимую помощь.

Процедура убеждения, описанная выше, проводилась точно по намеченному плану. Этот план можно кратко изложить в виде так называемых Пяти Принципов Убеждения:

1. В команду вовлечены авторитетные люди, чье мнение химически зависимому человеку небезразлично.

2. Каждый из этих авторитетных людей записываетконкретные сведения о событиях и поступках жертвы зависимости, которые указывают на злоупотребление ею химическими препаратами и являются законным основанием для подозрений.

3. Все авторитетные люди поочередно рассказываютхимически зависимому человеку о том, как они относятся к тому, что (по его вине) происходило в их жизни, они делает это без осуждения.

4. Жертве болезни предлагаются конкретные вариантылечения на выбор – *этот* лечебный центр или *тот* стационар.

Если бы Эдд наотрез отказался рассмотреть оба из этих вариантов и поклялся бросить пить самостоятельно, без посторонней помощи, то тогда команде пришлось бы прибегнуть к вопросу "А что, если?" – "А что, если ты действительно снова начнешь пьянствовать? А что, если ты еще раз напьешься?" Им бы пришлось заключить с Эддом уговор: *если* он начнет употреблять снова, то согласится принять помощь. В этом случае участникам команды пришлось бы заставить его сдержать слово.

5. Когда жертва соглашается принять помощь, то ее необходимо предоставить немедленно.

Мы в Институте Джонсона знаем, что если команда строго придерживается этого плана, ее шансы на успех – 8 *из 10.* Доверяя своему личному опыту, я всякий раз надеялся, что метод сработает – так оно и было. В защитном барьере жертвы появляется трещина, и он (или она) соглашается принять ту или иную форму помощи.

Изыскивая различные возможности для лечения, имеющиеся в вашей местности, вы узнаете, что в наши дни существует немало доступных вариантов: от консультаций, проводимых амбулаторно, до полномасштабных программ лечения в стационарах. Последний из упомянутых вариантов заслуживает того, чтобы о нем, хотя бы вкратце, было сказано на этих страницах.

Программа лечения в стационаре обычно начинается с детоксификации – безопасного избавления пациента от токсических последствий алкоголя или наркотиков. Пациент подвергается тщательному медицинскому обследованию, у него выявляются другие, сопутствующие заболевания, требующие дополнительного лечения.

Следующий шаг – просвещение пациента – он получает необходимые знания о себе самом и о болезни химической зависимости. Оно осуществляется во время консультаций, регулярных лекций и ежедневных групповых занятий с пациентами.

Главная цель группового тренинга – выявить защитные реакции пациента и описать их таким образом, чтобы он мог понять механизм их действия и научиться распознавать их. Этот период неверия и сопротивления порой бывает очень болезненным. Защитный барьер не просто дает трещину, он рушится и больше не восстанавливается в результате чуткого тесного взаимодействия пациентов и персонала.

Во время этих занятий акцент делается на *лучших* качествах пациента. Ненависти к себе противопоставляется гордость за достигнутые успехи, дружеская поддержка и истинная привязанность, которая часто возникает между членами группы. Чудесное открытие, что "я, быть может, не так уж плох", дает основание для надежды и выздоровления.

Во время этого процесса в какой-то момент пациент начинает *понимать себя* – возможно, впервые за все время болезни. Он (или она) примиряются с фактом существования болезни, с ее неумолимой реальностью. Как сказал один выздоравливающий алкоголик: "Раньше я на какое-то время бросал пить, потому как понимал, что пьянствовать не следует. Потом, наконец, меня осенило: *я должен прекратить пить, потому что никак не могу бросить пить".* Растущая осведомленность уравновешивается верой в то, что дело может пойти и обязательно пойдет на поправку.

За программой лечения в стационаре следует программа помощи выздоравливающим, продолжительностью около двух лет. Пациент с супругой еженедельно посещают занятия "группы выздоравливающих". Отслеживается прогресс выздоровления и исследуются межличностные отношения.

Другая непрерывная часть программы для выздоравливающих – ежедневное посещение собраний Общества Анонимных Алкоголиков.

Вероятность успеха такого вида лечения высока, примерно от 50 до 80 процентов, в зависимости от программы и мотивации жертвы и ее близких. *Убеждение – ключ к побуждению.* В большинстве случаев болезнь удается остановить, и химически зависимый человек переходит к успешному выздоровлению.

Что если убеждение не помогает?

Что если жертва так или иначе не соглашается принять помощь? *Продолжайте пытаться.* Не сдавайтесь! Помните, что жизнь жертвы зависит от вашего постоянного участия в ее судьбе.

Нами было обнаружено, что убеждение, по всей вероятности, обладает неким кумулятивным (суммирующим) действием. Если первая встреча с командой не подвигнет человека на лечение, то, возможно, начатое дело довершит вторая – или третья. Иногда требуется даже больше усилий со стороны участников команды, чтобы разрушить защитную систему жертвы. Поиск рационального объяснения поступков, проецирование, отрицание, подавление и самообман в совокупности своей создают барьер для самопознания личности, соперничающий с Великой китайской стеной.

Но как быть с поистине "неисправимым" пьяницей, или с тем, кто решительно уходит с самой процедуры убеждения, или с тем, кто действительно зашел слишком далеко, чтобы ему можно было помочь? Если человек продолжает пить и так и не обращается за лечением, можно ли считать, что убеждение полностью провалилось? Нет. *Правильно проведенное* убеждение всякий раз так или иначе приносит свои плоды. Если все делать как следует – полных неудач не бывает. И вот почему:

• Люди – участники команды – необратимо меняются сами. Теперь они понимают, что не одиноки. Они знают, что всегда могут рассчитывать на помощь и поддержку. С этого момента их жизнь коренным образом меняется.

• Меняется и семья химически зависимого человека – от некогда скованной и инертной, исполненной страха, вины, обуреваемой чувством стыда группки до полностью обновленного, активного и энергичного единого целого. Теперь все члены семьи знают, что такое химическая зависимость. Они распознают *у себя* ее симптомы, и стремятся *сами себе* помочь. Близкие начинают понимать: они *не виновны* в том, что химически зависимый человек болен. Какое моральное облегчение – сознавать, что это действительно так!

• И наконец, меняется отношение жертвы к употребляемому зелью. Брешь в защитной стене пропускает знание, которое жертва уже больше никогда не сможет полностью отрицать. Как заметила супруга одного алкоголика: "По крайней мере, мы ему навсегда пьянку испортили!"

В общем, убеждение никогда *не проходит бесследно,* и последствия его неизменно положительны. Оно никоим образом не повредит. Самое меньшее, что оно дает – так это шанс к выздоровлению даже в самых, казалось бы, безнадежных случаях; и самое большее – вновь возвращает всю семью к полноценной жизни.

Будем надеяться, что эти замечания убедят вас предпринять еще одну попытку – если первое убеждение не приведет к согласию жертвы принять лечение.

Помогите себе сами

Независимо от исхода убеждения, будет разумно поискать помощь и для себя. В первой части книги описаны многочисленные пути, которыми близкие алкоголика – особенно члены его семьи – попадают в сети активно развивающейся болезни. Химическая зависимость "заразна", и нет ничего зазорного в том, чтобы обратиться за помощью ради собственного выздоровления.

[…] поскольку болезнь химической зависимости охватывает всю семью, *практически в*сем ее членам для возвращения к нормальной жизни потребуется некоторая помощь. Более того, если семья была подвержена химической зависимости долгое время, то, вероятно, *всем* ее членам без исключения для восстановления физического и духовного здоровья не обойтись без посторонней помощи.

Под помощью такой семье обычно подразумевается программа групповой семейной терапии, индивидуальное консультирование и регулярное, активное участие в собраниях Общества Взрослых Детей Алкоголиков.

Почему семья для выздоровления нуждается в специальной лечебной программе? Большинство семей настолько "сроднилось" с проблемой химической зависимости, что их восприятие "масштабов бедствия" притупилось и стало крайне ограниченным. В попытке оградить себя от страдания и разрушительного действия болезни они выработали свои собственные, ограниченные и эмоционально недостаточные способы справляться с ней и ошибочно шагнули в эмоционально ущербную жизнь. И хотя их проблемы, вероятно, возникли на почве чужого пьянства (или наркомании), вовсе необязательно, что они (проблемы) исчезнут, если сам химически зависимый человек станет трезвенником.

Многие люди также находят помощь и утешение, пользуясь услугами *индивидуальной психотерапии.* Однако, они обычно дороги и, следовательно, не всегда и не всем доступны.

Еще одна возможность – *программа семейной терапии.* Такая программа обеспечивает как персональное консультирование всех членов семьи, так и занятия в группах взаимной поддержки, на которых можно обсудить свои проблемы с другими людьми, переживающими те же неприятности.

Программы семейной терапии также дают точную информацию о заболевании химической зависимости: как оно воздействует на

свою жертву и на тех, кто ее окружает, и какие методики помогли другим людям поправиться. В случае необходимости, рекомендуется обратиться к дополнительным источникам помощи.

Поскольку эти программы работают с семьями в течение длительного периода времени, то они также помогают людям опробовать и освоить новые формы поведения для того, чтобы те могли сами справляться со своими проблемами и удовлетворять свои эмоциональные потребности. Выясните, существуют ли такие программы там, где вы живете.

Для членов семьи химически зависимого человека, как и для него самого, выздоровление означает прорыв сквозь защитный барьер и возвращение к реальной действительности. Как и химически зависимый человек, члены его семьи должны знать, что алкоголь и (или) наркотики – и есть самая суть проблемы. Они обязаны понять, что каждый из них сам отвечает за свое собственное поведение, чувства и выздоровление. Им необходимо осознать, что у них есть выбор, что попустительство с их стороны никогда не помогало и не поможет химически зависимому человеку прекратить употреблять спиртное (или наркотики) и удовлетворить свои эмоциональные потребности.

У большинства детей, выросших в семьях, подверженных химической зависимости, так никогда и не проявляется способность испытывать весь спектр доступных человеку эмоций. На восстановление глубокого, полноценного мироощущения, являющегося неотъемлемой частью жизни здоровой семьи, может потребоваться немало времени. Но сколько бы его не потребовалось, дело стоит затраченных усилий.

Что если химически зависимый человек упорно продолжает сопротивляться всем вашим попыткам ему помочь? Пусть это не станет препятствием на пути к вашему собственному выздоровлению. В самом деле, новое трепетное сияние лиц близких может оказать куда большее влияние на уже "перегруженную" всякими мерами воздействия жертву зависимости. На фоне вашего стремления быть здоровым, он со своим пьянством или болезненным пристрастием к наркотикам будет чувствовать себя еще более неуютно. Он будет ощущать себя еще большим изгоем. И это, вопреки всем вашим ожиданиям, может пробить брешь защитной стене.[…]

Джонсон В. Метод убеждения. Как заставить наркомана или алкоголика лечиться. – Изд-во: Институт общегуманитарных исследований, 2012. – С. 69-129. – 112с.

Семенова Н.Д.

МЕТОДИКА ДЛЯ МОТИВИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ К ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Мотивация и ее нарушения при шизофрении

[…] Мотивация представляет собой систему устойчивых мотивов, определяющих поведение, а также избирательность отношений данного человека к другим людям и различным проблемам. О мотивации можно судить не по отдельным поступкам (которые могут быть ситуативными), а по устойчивым тенденциям деятельности и общения. Мотивы могут быть осознанными, связанными с выдвижением сознательных целей, и неосознанными – в виде готовности к определенной деятельности, к определенным поступкам. Мотивация – это не только направленность поведения в плане достижения цели, но и его интенсивность (объем усилий, инвестируемых в поведение) и персистентность (упорство и настойчивость) в достижении цели.

В современной психологии регуляция рассматривается как овладение и сознательное управление собственными психическими процессами и поведением, при этом подчеркивается ее интегрирующая роль в организации психической деятельности. При шизофрении интегрирующая роль регуляции в организации психической деятельности может существенным образом нарушаться. Исследования отечественных психологов показали, что ведущую роль в данном случае играет потребностно-мотивационный компонент. Наиболее выраженное изменение этого компонента связано с ослаблением определяющей роли социального фактора в регуляции сложных форм психической деятельности. Влияние этого фактора ослабевает из-за снижения у больных социальной направленности, обусловленного недостаточной потребностью в общении.

У больных шизофренией могут нарушаться мотивация социальных контактов, мотивация самооценки (в частности, мотивация достижения). Стремление к ограничению социальных контактов, дефицит навыков, необходимых для инициации и поддержания межличностных контактов, снижение роли межличностных стимулов как подкрепляющих общение – все эти нарушения общения, предшествуя началу заболевания и во многом предопределяя его исход, приводят к тому, что основные, базальные потребности пациента начинают удовлетворяться исключительно аутистически.

В ряде симптомов болезни отчетливо отражаются серьезные проблемы в плане удовлетворения некоторых потребностей

(потребности самооценки и потребности социальных контактов). Психотическое поведение становится для пациента привычным средством получения удовольствия или подавления неприятных ощущений. Прямой вызов психотической симптоматике не эффективен. В этом смысле тот стиль общения, который практикует квалифицированный персонал в общении с душевнобольными, является терапевтически оправданным. Формирование "аномальной личности" у больных шизофренией происходит вследствие сужения круга мотивов, разрыва их смыслообразующей и побудительной функций. С увеличением стажа заболевания происходит ослабление и угасание мотивации к социальному восстановлению. Все более утрачивается та ее составляющая, которая выражается в стремлении пациента вернуться к полноценной жизни как главной и наиболее высокой реабилитационной цели. Вместо этого стремления больного становятся ограниченными и заземленными (например, рудиментарные социальные контакты и развлечения и т.п.).

За любым мотивом скрывается влияние какой-либо потребности (биологической и материальной, социальной и духовной). Потребностям социальных контактов соответствуют мотивы любви, нежности, социальной присоединенности, идентификации; потребностям самооценки – мотивы достижения, поиска признания и одобрения. В потребностях можно выделить два уровня – более низкий и более высокий. Так, потребность в одежде для защиты от холода – одна из витальных потребностей. Но для полноценной социализации и адаптации пациента руководствоваться исключительно этим явно недостаточно. Одеваясь, пациент должен следовать традициям, хотя бы минимальным эстетическим требованиям моды. […] Ослабление и утрата мотивации к социальному восстановлению – одно из проявлений психологических сдвигов по мере прогрессирования болезни. Стационар и длительное в нем нахождение (госпитализм) способствуют тому, что потребности пациентов сужаются, снижаются в своем уровне, ограничиваясь рамками стационара (режимом дня, лечебными мероприятиями). Встает вопрос о том, чтобы даже в условиях стационара создать возможности для формирования у пациентов новых потребностей, которым, в свою очередь, соответствуют новые виды мотивов. Необходимо повысить уровень усилий пациента по преобразованию своей жизни, чтобы у него появилась возможность реализовать свои социальные притязания в конструктивных, преобразующих действиях. Весь спектр психосоциальных мероприятий так или иначе этому следует. В ходе психосоциальной терапии происходит процесс научения, благодаря которому

осуществляется формирование тех или иных навыков. Процесс научения выстраивается, следуя ряду законов. Так, для образования навыка у пациента должно наличествовать состояние, толкающее его к соответствующим действиям ("закон готовности"); чем чаще какое-нибудь действие совершается пациентом, тем вероятнее, что он повторит это действие, или чаще будет выбирать это действие впоследствии ("закон упражнения"); чаще повторяется то действие, которое дает положительный эффект ("закон эффекта"). Пациент может действовать стереотипно, шаблонно, не учитывая конкретных условий. Формы поведения, приобретаемые им в процессе психосоциальной терапии, позволяют ему лучше приспособиться к условиям жизни. Навык помогает гибко изменять и варьировать поведение. В результате – ту или иную потребность пациент может удовлетворить, выбирая способ, в наибольшей мере соответствующий его социальным притязаниям и конкретной ситуации.

Сберегающе-превентивная реабилитация в психиатрии: проблема воздействия на мотивационную сферу пациентов

Современные требования к психиатрическим службам таковы, что формирование мотивации пациента к реабилитации становится одной из ключевых задач профессионалов. Именно тогда реабилитационная составляющая при оказании психиатрической помощи приобретает свое настоящее качество, позволяющее пациенту сберечь социальные достижения и позиции, а также сохранить эти достижения и в последующем. Начальные этапы болезни, когда прогредиентный процесс обнаруживает свой особо деструктивный характер, сопровождаются наиболее выраженной динамикой социальных потерь. Утрата пациентом социальных достижений в этот период снижает вероятность приемлемого социального восстановления в будущем. Именно на начальных этапах психического заболевания специальные меры в рамках реабилитационных усилий позволяют предотвратить утрату мотивации к сохранению социальных достижений и позиций. В период активного течения процесса социальные потери и социальное снижение продолжают нарастать – здесь также необходимы специальные вмешательства, формирующие мотивацию пациента к реабилитации.

Мотивирующие вмешательства при шизофрении

Начиная с 70-х годов, широкую известность получили "курсы мотивационного тренинга", целью которых было повышение тех или иных аспектов мотивации у различных контингентов нормальных людей: людей, занятых поиском работы; школьников и студентов,

желающих повысить свою успеваемость; менеджеров, желающих продвинуться по службе и т.п.

Элементами данного тренинга являлись: изучение и отработка так называемого "синдрома достижения", самоанализ, постановка целей, социальная поддержка. На занятиях разбирались случаи направленного на достижение поведения, где далее в условиях игры отрабатывались приемы реалистичного целеполагания, осуществлялась проверка совместимости деятельности достижения с собственным образом жизни и различными обстоятельствами. В условиях тренинга создавались аффективно насыщенные (эмоциогенные) ситуации, усиливавшие доминантность мотива, связывающие в воображении участника элементы ситуации с предвосхищаемыми аффектами. "Курсы мотивационного тренинга" показали свою эффективность – за счет совершенствования участниками навыков организации собственного поведения и повышения ориентированной на достижение активности. Элементы "мотивационного тренинга" находят свое применение и в работе с психически больными. Отечественными патопсихологами было показано, что введение мотивирующих стимулов может способствовать повышению уровня регуляции у больных. Помещая пациентов в эмоциогенные ситуации – ситуации кооперации или конкуренции – можно способствовать актуализации у них мотивов достижения, а также мотивов социальной присоединенности.

Вместе с тем, негативная динамика психосоциальных характеристик пациентов с шизофренией на протяжении болезни препятствует осуществлению любых психосоциальных мероприятий, в том числе и мотивирующих. Вмешательства, специально разработанные для данного контингента больных, учитывают нарушения, присущие болезни, среди которых – когнитивные нарушения, социальная несостоятельность, а также препятствия, связанные со снижением или отсутствием мотивации. […]Особый интерес представляют те, что основаны на методологии "мотивирующей беседы".

Мотивирующая беседа

W.R.Miller и S.Rollnick разработали принципы прямого терапевтического воздействия на мотивационную сферу. Метод получил название "мотивирующей беседы". Выбор термина "беседа" (а не "терапия") сделан с целью подчеркнуть равноуровневое положение взаимодействующих лиц. Лишь условно авторы продолжают говорить о "терапевте" и "пациенте" ("клиенте") – о человеке, который хотел бы что-то изменить в своем поведении (найти работу, начать вести

здоровый образ жизни, более активно общаться с лицами противоположного пола и т.п.), и о другом человеке ("друге" или "советчике"), который может и желает помочь второму в этом. Авторы систематизировали действенные элементы вмешательства и изложили их вкратце в акрониме FRAMES. Аббревиатура расшифровывается как Feedback (обратная связь), Responsibility (ответственность), Advice (совет), Menu/Options (меню, варианты), Empathy (эмпатия), Self-efficacy (эффективная самореализация или Я-эффективность).

F. "Обратная связь" предоставляется пациенту в форме объективной информации о его физическом, психическом и социальном состоянии.

R. Делается акцент на личной ответственности пациента, что приводит к снижению противодействия и повышает вероятность начала процесса изменения и вероятность того, что пациент будет и дальше следовать в нужном направлении. Подчеркивая основную роль пациента в этом процессе, профессионал способствует повышению его мотивации.

A. "Совет" предполагает передачу пациенту профессиональных знаний о возможностях и последствиях изменения. "Совет" будет мотивирующим только тогда, когда у пациента есть свобода выбора – следовать ему или нет, профессионал при этом не оказывает давления и не поучает.

M. Мотивирующим является предоставление пациенту свободы выбора возможностей (меню). Это предполагает как различные варианты целей, так и методов осуществления изменения (будь то профессиональная или иная помощь, формы этой помощи). Наличие свободы выбора увеличивает возможность того, что пациент будет придерживаться принятого им самим решения об изменении.

E. Эмпатическое отношение профессионала способствует готовности пациента к изменению. Так, даже понимание и признание профессионалом важности "психотического потенциала" и трудности изменения поведения в этой связи имеет мотивирующее значение.

S. Вера в то, что он способен сделать что-то важное, повышает возможность пациента к эффективной реализации своих решений. Мотивирующее значение имеет убеждение пациента в том, что он в состоянии вести себя правильным образом, дистанцируясь от болезни и сохраняя человеческое достоинство. Способность к самореализации, Я-эффективность пациента повышается, когда профессионал проявляет здоровый оптимизм, поддерживая пациента и веря в возможность изменений.

Собственно "мотивирующая беседа" во многом опирается на клиент-центрированный подход Карла Роджерса – она ориентирована на клиента, но вместе с тем директивна, следует определенной цели, которая суть: изменение поведения клиента. Основными принципами "мотивирующей беседы" являются: выражение эмпатии; избегание споров; смещение (свертывание, направление в другое русло) сопротивления пациента; развитие у пациента Я-эффективности (чувства самостоятельности, самодостаточности и компетентности); целенаправленное развитие противоречий и расхождений.

Пациент в некоторой степени амбивалентен на предмет изменения своего поведения. Амбивалентность нормальна как спутник любого переходного состояния, она всегда сопутствует процессу изменения. Цель мотивирующей беседы – помочь пациенту правильно и конструктивно разрешить амбивалентную ситуацию. Усилить осознание этой амбивалентности можно, помогая пациенту говорить об этом, о "плюсах" и "минусах" своего текущего состояния и поведения.

В рамках "мотивирующей беседы" также используются терапевтические приемы, помогающие пациентам произнести самомотивирующие, обращенные к самому себе слова, обладающие побудительной силой. "Мотивирующая беседа" – это искусство "вызвать к жизни" идеи и планы изменения поведения у пациента. Тенденция к изменению должна быть вызвана, усилена собственными аргументами, соображениями и чувствами пациента, но не навязываться или предлагаться извне. Терапевт обсуждает с пациентом его настоящее положение (подчеркивая, в частности, негативные и контрпродуктивные стороны настоящего), помогает формулировать задачи, представлять возможные альтернативы, стимулирует у пациента надежду и уверенность в себе, но не убеждает, не делает предложений и не поучает. Такое, на первый взгляд, "пассивное" ведение пациента авторы сравнивают с процессом "ведения" партнера в танце.

Собственно процесс изменения концептуализируется как состоящий из трех компонентов: "потребность", "способность" и "готовность". Как только терапевт фиксирует реальный интерес пациента к изменению (хотя бы в простейшей форме потребности, не говоря уже о способности и готовности), он помогает ему осознать его и сформулировать. Отсюда уже возможен переход к конкретному плану действий по изменению поведения. Мотивирующая беседа при шизофрении приобретает свою специфику.

Во-первых, сама мотивационная структура с ее тремя компонентами (потребность, способность и готовность) претерпевает изменения. Это касается, прежде всего, компонента "способность". Жизнь с болезнью связана для пациента с обилием отрицательного опыта, подрывающего его веру в возможность каких-либо изменений и собственную способность к изменению. Здесь велика и роль стигматизации, в той или иной мере интериоризуемой пациентом

Во-вторых, действенность обычных мотивирующих факторов (например, подкрепления) может быть значительно снижена в связи с ангедонией и неспособностью пациента формировать чувства по отношению к другим людям и себе. У больных шизофренией отмечается дефицит положительного эмоционального реагирования в ситуациях, являющихся для большинства нормальных людей источником положительных эмоций. Все это так или иначе принимается во внимание при построении "мотивирующей беседы".

В-третьих, сопутствующие заболеванию нарушения функций внимания и памяти препятствуют эффективному проведению беседы. Поэтому в данном случае беседу проводят в неспешном, медленном темпе. Так, у J.Addington курс растягивался на 12 занятий и более, вместо стандартных восьми. При наличии выраженных нарушений функций внимания и памяти мотивирующая беседа дополняется методами когнитивного тренинга.

Отметим особо, что проведение мотивирующих бесед не является лечением в узком смысле этого слова. Речь идет о подготовке к возможной терапии и о мотивировании к ней. Иногда бывает достаточно проведения мотивирующей беседы для того, чтобы добиться включения пациента в реабилитационный процесс. Целесообразнее заранее врачу на основании знания пациента решить нужно ли начинать с мотивирующей беседы или сразу включить его в психосоциальную группу по модулю "Психосоциальная методика для мотивирования пациентов на психосоциальную реабилитацию".

Модель изменения поведения

Мотивирующие вмешательства в своем большинстве опираются на известную модель изменения поведения или стадий изменения. Согласно данной модели, мотивация к изменению возникает не сразу – она развивается постепенно. Изменение рассматривается как процесс, проходящий ряд стадий: начиная с предварительной стадии – через стадию размышления и рассмотрения возможности изменения – к стадии принятия решения и подготовки к его осуществлению – и далее, к стадии осуществления – стадии выдержки – и стадии рецидива. На предварительной стадии у

пациента могут быть жалобы и проблемы, связанные с болезнью, но он не готов что-либо предпринимать, чтобы изменить свои привычки и поведенческие стереотипы. Без давления извне пациент не обращается за помощью. На данной стадии используются приемы, позволяющие пациенту поднять уровень осознания проблемы, разбудить в нем процесс переоценки себя. На стадии размышления пациент начинает осознавать причины своих проблем, рассматривает возможность изменения, однако колеблется и впадает в состояние амбивалентности. Он начинает взвешивать недостатки и преимущества прекращения или продолжения привычного стиля жизни. На стадии принятия решения и подготовки к осуществлению – пациент планирует что-то изменить в своем поведении, в своей жизни. На стадии осуществления пациент собственными силами или с посторонней помощью осуществляет свои планы, в результате чего его поведение и стиль жизни меняются. Реализуя свою направленность в делах и поступках, пациент на практике убеждается в степени реалистичности своих социальных притязаний и вносит в них соответствующие коррективы. Постоянное испытание направленности практическим действием – необходимое условие ее устойчивости и реалистичности. На стадии выдержки пациент пытается интегрировать новое поведение в свою жизнедеятельность. Однако осуществить свои планы, изменить себя и свое поведение пациенту удается далеко не всегда, и тогда наступает стадия рецидива и все начинается сначала. Он должен снова принимать решения и планировать конкретные действия. Такая же стадийность, возможно, прослеживается и в процессе преодоления пациентом болезни и движения в сторону здоровья – процесс может быть долгим, со многими отступлениями и "плато" на этом пути . Разделяют – "готовность к изменению" и "мотивацию для изменения". Мотивация для изменения – это некое внутреннее когнитивно-аффективное состояние, являющееся необходимым условием поведенческого изменения (или поддержания изменения). Готовность к изменению – это комбинация факторов, отражающих вероятность того, что пациент начнет или продолжит вести себя правильно, двигаться в нужном направлении. Готовность к изменению (например, изменению негативных болезненных поведенческих стереотипов) – более широкое понятие, включающее не только мотивацию к изменению, но также ряд моментов, среди которых – соответствующие социальные навыки пациента и поддерживающие факторы внешнего порядка. Мотивация и действияпо изменению определяются, с одной стороны, имеющимися у пациента ресурсами, а с другой стороны – барьерами на пути его движения вперед. Так, пациент, скорее всего, начнет движение в плане изменения поведения, если он ощущает готов-

ность и желание измениться, если он приобрел соответствующие навыки, делающие успех такого изменения более вероятным, и если он предвосхищает поддержку и подкрепление извне в своих усилиях измениться. Модуль: Методика мотивирования пациентов к психосоциальной реабилитации Предлагаемый модуль "Методика мотивирования пациентов к психосоциальной реабилитации" нацелен на создание условий, способствующих мотивации к изменению и к движению пациента вперед в плане сохранения социальных достижений, восстановления социальных ролей, в плане контроля над болезнью и активного вовлечения в психосоциальные мероприятия. Модуль можно подключать на любом из этапов реабилитационного процесса: в период активного вовлечения пациентов в психосоциальные мероприятия, проводимые в стационаре; на последующих этапах, при подготовке к "жизни среди людей", в ходе практического освоения пациентом приобретенных навыков; на этапе закрепления и поддержки социального восстановления. Программа по реализации данного модуля представляет собой цикл занятий, проводимых в режиме от одного до нескольких раз в неделю. Программу можно осуществлять как индивидуально, так и в групповом формате. В освоении программы пациенту могут помочь члены его семьи и другие поддерживающие его лица. С разрешения пациента данные лица могут выборочно посещать занятия, знакомиться с учебными материалами, помогать пациенту в разработке планов, помогать в продвижении к намеченным целям. Процедура вмешательства включает 4 функциональных блока, каждому из которых отводится от одного до трех занятий.

Структура и содержание занятий

Блок 1. Введение, оценка и обратная связь.

Общие цели: 1. Установить терапевтический альянс, отношения доверия и сотрудничества с пациентом. 2. Начать исследование "расхождения" (коснуться проблем, связанных с болезнью и ее негативными последствиями, с социальными потерями, которые могут оказаться невосполнимыми).

Составляющие терапевтической активности: 1. Вводная часть, знакомство с методом. 2. Первичное обсуждение темы готовности к изменению. 3. Обратная связь на предмет текущего состояния, его последствий, осложнений и рисков. […]

Блок 2. Баланс решения

Общие цели: 1. Продолжать поддерживать терапевтический альянс и сотрудничество. 2. Больше внимания уделить развитию расхождений (противоречий).

Составляющие терапевтической активности: 1. Вводная часть и обзор предыдущего занятия. 2. Баланс решения. […]

Блок 3. Стремления и эффективность

Общие цели: 1. Продолжить линию на развитие расхождения. 2. Больше внимания уделить Я-эффективности – "Я могу" – соотношению возможностей пациента и сложности жизненной задачи.

Составляющие терапевтической активности: 1. Вводная часть и обзор предыдущего занятия. 2. Первичное обсуждение ожиданий пациента в связи с поведенческими изменениями. 3. Список устремлений. […]

Блок 4. Цели, план действий

Общие цели: 1. Поддерживать мотивационные заслуги пациента и его Я-эффективность. 2. Предоставить пациенту ясный план действий.

Составляющие терапевтической активности: 1. Обзор метода. 2. Выявить цели и разработать в письменном виде план действий.

Семенова Н. Д. Методика для мотивирования пациентов к психосоциальной реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – №1 – С. 52–63. // Научная библиотека КиберЛенинка: [Электрон. ресурс]. – Режим доступа: http://cyberleninka.ru/article/n/metodika-dlya-motivirovaniya-patsientov-k-psihosotsialnoy-reabilitatsii#ixzz4VY4vC7BT

Роджерс К.

НЕСКОЛЬКО ГИПОТЕЗ, КАСАЮЩИХСЯ ПОМОЩИ В РОСТЕ ЛИЧНОСТИ

Основная гипотеза

Изменения, которые произошли во мне, коротко говоря, выражаются в том, что в начале моей профессиональной деятельности я задавал себе вопрос: "Как я смогу вылечить или изменить этого человека?" Теперь я бы перефразировал этот вопрос так: "Как создать отношения, которые этот человек может использовать для своего собственного личностного развития?"

Как только я подошел ко второй постановке вопроса, я понял, что все, что узнал, применимо ко всем отношениям с людьми, а не только в работе с клиентами, имеющими проблемы. Именно поэтому я чувствую, что результаты моего познания, имеющие смысл для моего жизненного опыта, могут иметь некоторый смысл и для вашего опыта, так как все мы – участники человеческих отношений.

Возможно, лучше начать с отрицательного итога моего познания. Постепенно мне пришло в голову, что я не могу помочь пациенту с расстройствами, используя интеллектуальное или обучающее воздействие. Бесполезен любой подход, опирающийся на знания, на принятие того, что является предметом *обучения.* Эти соблазнительные подходы могут казаться прямо ведущими к цели, в прошлом я перепробовал многие из них. Можно объяснить человеку, что он собой представляет, предписать меры, которые поведут его вперед, дать ему знания о более подходящем образе жизни. Согласно моему опыту, такие методы оказались бесплодными и незначащими. Самое большее, что они могут дать, – это какое-то временное изменение, которое скоро исчезнет, и индивид еще более убедится в своей неполноценности.

Неудачи интеллектуальных подходов заставили меня понять, что изменения, по-видимому, происходят через опыт во взаимоотношениях. Поэтому я собираюсь очень кратко и неформально рассказать о некоторых основных гипотезах, касающихся помогающих отношений. Кажется, что эти гипотезы получают все возрастающее подтверждение и в практике консультирования, и в исследованиях.

Я могу выразить основную гипотезу одним предложением: если я могу создать определенный тип отношений с другим человеком, он обнаружит в себе способность использовать эти отношения для своего развития, что вызовет изменение и развитие его личности.

Отношения

Какое же значение имеют эти термины? Давайте по отдельности рассмотрим три основные фразы этой гипотезы и выявим тот смысл, который они для меня имеют. Какой же тип отношений я собираюсь создавать?

Я обнаружил, что чем более я искренен в отношениях с клиентом, тем более это помогает ему. Это значит, что мне нужно знать свои собственные чувства настолько хорошо, насколько это возможно, а не показывать какое-либо отношение к человеку, чувствуя совсем другое на более глубинном или подсознательном уровне. Откровенность также включает желание выражать в словах и в поведении свои различные чувства и отношения. Только так мои отношения могут быть *правдивыми,* а это очень важно. Это – первое условие. Только при создании реально существующего отношения другой человек может успешно искать эту реальность в себе. Я обнаружил, что это верно даже в том случае, когда отношение, которое я чувствую, не нравится мне и не ведёт к хорошим

отношениям между нами. Кажется очень важным, чтобы это отношение было *правдивым.*

Второе условие заключается в следующем: чем более я принимаю другого человека, чем более мне он нравится, тем более я способен создать те отношения, которые он сможет использовать. Под принятием я понимаю теплое расположение к нему как к человеку, имеющему безусловную ценность, независимую от его состояния, поведения или чувств. Это значит, что он вам нравится, вы уважаете его как индивида и хотите, чтобы он чувствовал по-своему. Это значит, что вы принимаете и уважаете весь спектр его отношений в данный момент независимо от того, положительные они или отрицательные, противоречат его прежним отношениям или нет. Это принятие каждой меняющейся частицы внутреннего мира другого человека создает для него теплоту и безопасность в отношениях с вами, а защищенность, проистекающая от любви и уважение мне кажется, является очень важной частью помогающих отношений.

Я также думаю, что хорошие отношения с другим человеком значимы лишь постольку, поскольку у меня есть постоянное желание понимать его – тонкая эмпатия его чувств и высказываний, как он их представляет себе в этот момент. Принятие не стоит многого до тех пор, пока в него не входит понимание. Только тогда, когда я понимаю чувства и мысли, которые кажутся вам такими ужасными, такими глупыми, такими сентиментальными или эксцентричными, только когда я понимаю их так, как вы, и принимаю их так же, как вы, – только тогда вы действительно чувствуете в себе свободу исследовать все глубоко скрытые расщелины и укромные уголки вашего внутреннего опыта. Эта *свобода* – необходимое условие отношений. Под ней подразумевается свобода изучать себя и на уровне сознания, и на неосознаваемом уровне с такой быстротой, с какой возможно пуститься в такое опасное исследование. Имеется также и полная свобода от любой моральной или диагностической оценки, так как все они, мне кажется, являются угрозой для личности.

Таким образом, отношение, которое я считаю помогающим, характеризуется как бы прозрачностью с моей стороны, в нем четко видны мои реальные чувства. Оно также отличается принятием другого человека как индивида, имеющего ценность, а также глубинным эмпатическим пониманием, которое дает мне возможность видеть личный опыт человека с его точки зрения. Когда достигнуты эти условия, я становлюсь спутником моего клиента, сопровождающим его в пугающем поиске самого себя, который, как он чувствует, можно сейчас свободно предпринять.

Конечно, я не всегда могу достигнуть таких отношений с другим человеком, и иногда, когда я чувствую, что достиг их, он может быть чересчур напуган, чтобы увидеть, что ему предлагают. Но я бы сказал, что, когда у меня есть данный выше тип отношений и когда другой человек может как-то чувствовать их, я верю, что неизбежно произойдут изменения и человек будет конструктивно развиваться. Я включаю слово "неизбежно" только после долгого и осмотрительного обдумывания.

Мотивация к изменению

Для определения помогающего отношения сказано достаточно. Во второй фразе в моей развернутой гипотезе говорилось о том, что индивид обнаружит в себе способность использовать это отношение для своего развития. Я постараюсь раскрыть тот смысл, который имеет для меня эта фраза. Постепенно мой опыт заставил меня сделать заключение о том, что у человека имеется способность и тенденция, если не явная, то потенциальная, двигаться вперед к зрелости. В подходящем психологическом климате эта тенденция высвобождается и становится не потенциальной, а актуальной. Это проявляется в способности человека понимать те стороны своей жизни и самого себя, которые причиняют ему боль и неудовлетворение. Это понимание нащупывает в подсознании тот опыт, который спрятан там из-за своей угрожающей природы. Высвобождение тенденции к зрелости заключается в стремлении перестроить свою личность и свое отношение к жизни, сделав его более зрелым. Как ни называть это – тенденция к росту, побуждение к самоактуализации или тенденция двигаться вперед, – это главная движущая сила жизни, это стремление, от которого зависит вся психотерапия. Это стремление, которое присутствует во всей органической и человеческой жизни, – распространяться, расширяться, становиться независимым, развиваться, зреть – тенденция выражать и задействовать все возможности организма до такой степени, что такая активность усиливает организм или "Я". Это стремление может быть наглухо закрыто слоями ржавых психологических защит, оно может быть скрыто за замысловатыми фасадами, отрицающими его существование, но я верю, что оно существует в каждом человеке и ожидает соответствующих условий, чтобы освободиться и проявить себя.

Результаты

Я попытался описать отношения, которые являются основными для конструктивных изменений личности. Я постарался сформулировать те качества, которые необходимы индивиду в этих отношениях. В третьей фразе моей основной гипотезы указывалось, что произойдут изменения и развитие человека. Моя гипотеза заключается в том, что при таких отношениях индивид изменяется и на

сознательном, и на более глубинном уровне своей личности, чтобы справиться с трудностями жизни более конструктивно, разумно, социализировано, так, чтобы она приносила ему большее удовлетворение.

Здесь я могу оставить рассуждения и перейти к результатам накопляющихся научных исследований. Сейчас мы знаем, что индивиды, имеющие такие отношения в течение даже весьма небольшого времени, претерпевают глубокие и значимые изменения личности, отношений и поведения, что не наблюдается в соответствующих контрольных группах. В таких отношениях индивид становится более цельным, более действенным. У него проявляется меньше невротических или психопатических черт и больше качеств нормального, здорового человека. У него изменяется восприятие себя, он более реально оценивает себя. Такой человек становится более похож на того, каким он хочет быть. Он более уверен в себе и лучше владеет собой. Он лучше понимает себя, становится более открытым опыту, меньше отрицает и подавляет свой собственный опыт. Такой человек лучше принимает других и видит их более похожими на себя. Подобные изменения происходят у него и в поведении. На него меньше действует стресс, после него он быстрее приходит в себя. Как замечают друзья, он становится более зрелым в поведении. У него меньше защитных реакций, он более адаптирован, более способен творчески подойти к ситуации.

Это – некоторые из изменений, возникающих у людей, которые прошли на консультировании через ряд бесед в атмосфере, близкой к атмосфере отношений, описанных выше. Каждое из этих утверждений основано на объективных доказательствах. Конечно, необходимо продолжить исследования, но нельзя более сомневаться в ведущей роли таких отношений в возникновении изменений в личности.

Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. – М.: Прогресс, 1994. – С. 74–79.

Роджерс К.

ЭМПАТИЯ

Есть много попыток определить понятие "эмпатия", и мне самому принадлежит несколько. Более чем двадцать лет назад я предложил одно из определений в ходе систематизированного изложения моих новых взглядов. Оно заключается в следующем.

Быть в состоянии эмпатии означает воспринимать внутренний мир другого точно, с сохранением эмоциональных и смысловых оттенков. Как будто становишься этим другим, но без потери ощущения "как будто". Так, ощущаешь радость или боль другого, как он их ощущает, и воспринимаешь их причины, как он их воспринимает. Но обязательно должен оставаться оттенок "как будто": как будто это я радуюсь или огорчаюсь. Если этот оттенок исчезает, то возникает состояние идентификации.

Для формулировки моего современного представления я буду опираться на понятие состояния, или переживания, как оно было введено Гендлиным. Это понятие обогатило мое представление в целом ряде пунктов.

Суммируя кратко, Гендлин считает, что в любой момент времени человек испытывает состояния, к которым он может многократно обращаться в процессе поиска их смысла. Они служат своего рода субъективным ориентиром в этом поиске.

Эмпатичный терапевт проницательно улавливает смысл состояния, переживаемого пациентом в данный конкретный момент, и указывает на этот смысл, чтобы помочь пациенту сконцентрироваться на нем и побудить пациента к дальнейшему и более полному и беспрепятственному переживанию.

Небольшой пример может пояснить как само понятие переживания, так и его отношение к эмпатии.

Один участник психотерапевтической группы довольно негативно высказался в адрес своего отца. Ведущий говорит: "Создается впечатление, что ты сердит на своего отца". Тот отвечает: "Нет я не думаю", – "Может быть, ты разочаровался в нем?" Следует быстрый ответ: "Да, я разочаровался тем, что он слабый человек. Я думаю, я давно разочаровался в нем, еще в детстве".

С чем этот человек сверялся, устанавливая правильность предлагавшихся слов? Гендлин считает, и я согласен с ним, что это было некое наличное психофизиологическое состояние. Обычно оно субъективно достаточно определенно, и человек может хорошо пользоваться им для сравнения с подбираемыми обозначениями. В нашем случае "сердит" не подходит, "не удовлетворен" – оказывается ближе, и слово "разочарован" – вполне точно. Будучи найдено, оно, как это часто бывает, побуждает к дальнейшему течению переживаний.

На основе изложенного позвольте мне попробовать описать эмпатию более удовлетворительным для меня сейчас образом. Я

больше не говорю "состояние эмпатии", потому что думаю, что это скорее процесс, чем состояние. Попытаюсь описать его суть.

Эмпатический способ общения с другой личностью имеет несколько граней. Он подразумевает вхождение в личный мир другого и пребывание в нем "как дома". Он включает постоянную чувствительность к меняющимся переживаниям другого – к страху или гневу, или расстроганности, или стеснения, одним словом, ко всему, что испытывает он или она. Это означает временную жизнь другой жизнью, деликатное пребывание в ней без оценивания и осуждения. Это означает улавливание того, что другой сам едва осознает. Но при этом отсутствуют попытки вскрыть совершенно неосознаваемое чувство, поскольку они могут оказаться травмирующими. Это включает сообщение о ваших впечатлениях, о внутреннем мире другого, когда вы смотрите свежим и спокойным взглядом на те его элементы, которые волнуют или пугают вашего собеседника. Это подразумевает частые обращения к другому для проверки своих впечатлений и внимательное прислушивание к получаемым ответам. Вы доверенное лицо для другого, указывая на возможные смыслы переживаний другого, вы помогаете ему переживать более полно и конструктивно. Быть с другим таким способом означает на некоторое время оставить в стороне свои точки зрения и ценности, чтобы войти в мир другого без предвзятости. В некотором смысле это означает, что вы оставляете в стороне свое "я". Это могут осуществить только люди, чувствующие себя достаточно безопасно в определенном смысле: они знают, что они потеряли себя в порой странном и причудливом мире другого и что смогут успешно вернуться в свой мир, когда захотят.

Может быть это описание делает понятным, что быть эмпатичным трудно. Это означает быть ответственным, активным, сильным, и в то же время – тонким и чутким.

Роджерс К. Эмпатия // Психология эмоций. Сборник. – М.: МГУ, 1984. – С. 235–237.

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 2
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ РІЗНИХ СОЦІАЛЬНИХ ГРУП

Кулагина И.Ю., Сенкевич Л.В.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЛИЧНОСТИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

[…] В настоящее время значительную опасность представляют не только быстро распространяющиеся и приводящие к скоропостижной смерти болезни, но и заболевания хронические, влияющие на качество жизни и социальный статус человека. Создается особая социальная ситуация хронического соматического заболевания, включающая социальный стереотип заболевания ("миф болезни" по А.Ш. Тхостову), принятие/непринятие социальной роли больного, эмоциональную оценку заболевания, контекст ситуации – события, появляющиеся в жизни человека и нарушающие адаптацию (социальный стресс), время возникновения (возрастной этап) и длительность заболевания. Способность человека адекватно переживать и преодолевать социальную ситуацию заболевания как критическую ситуацию, разрушающую жизненный замысел, во многом зависит от имеющегося у него реабилитационного потенциала.

Личностные ресурсы и реабилитационный потенциал

При тяжелом хроническом заболевании, даже если оно не приводит к инвалидности, изменяются качество и стиль жизни человека. Больной человек вынужден пройти через этапы реабилитации (восстановительного лечения) и реадаптации, в том числе социальной, направленной на восстановление приспособленности к условиям профессиональной деятельности и быта. Эффективность реабилитации и реадаптации зависит от общей позиции личности, использования имеющихся личностных ресурсов. Система личностных ресурсов, необходимых для преодоления критической ситуации тяжелого соматического заболевания, определяет реабилитационный потенциал личности

Реабилитационный потенциал складывается из реабилитационных возможностей организма, личности и микросоциума, т. е. той социальной системы, в которую непосредственно включен больной

человек. Учет реабилитационного потенциала, понимаемого так широко, необходим при медико-социальной экспертизе. Определение уровня психологического реабилитационного потенциала позволяет сформировать прогноз на дальнейшую жизнь человека с ограниченными возможностями здоровья. Помимо прогностической ценности оно имеет ценность для самого больного, давая ему возможность осознать свои личностные ресурсы, с опорой на которые осуществляется компенсация и наиболее полная реадаптация.

К составляющим или компонентам реабилитационного потенциала (психологического или личностного) относят особенности психических процессов (восприятия, памяти, внимания, мышления); специфику внутренней картины болезни (представлений больного о сущности и степени тяжести заболевания, возможностях реабилитации и реадаптации); личностные особенности (темперамент, черты характера, специфика эмоциональной, мотивационно-потребностной и ценностно-смысловой сфер). Наиболее четко структура реабилитационного потенциала описана Ж.В. Порохиной (2004) и О.Н. Гудилиной (2012).

Ж.В. Порохина выделяет девять компонентов психологического реабилитационного потенциала:тип отношения к болезни, уровень нервно-психического состояния, уровень самооценки, уровень притязаний, уровни реактивной и личностной тревожности, локус контроля, состояние взаимоотношений с сокружением и удовлетворенность профессиональной деятельностью. Соответственно,психологический реабилитационный потенциал человека определяется как система преморбидно сформированных индивидуально-психологических характеристик личности (мотивационных, эмоционально-волевых, когнитивных), выступающих в качестве основного ресурса в случае изменения социальной ситуации развития в результате заболевания, инвалидизирующего человека, и способствующих его реадаптации к новым условиям жизни.

Рассматривая личностный реабилитационный потенциал как более узкое понятие, по сравнению с психологическим реабилитационным потенциалом, О.Н. Гудилина определяет его как систему личностных характеристик, позволяющих индивиду активно и эффективно участвовать в процессе комплексной реабилитации, а также адаптироваться к изменяющимся условиям среды. Составляющими личностного реабилитационного потенциала являются тип отношения к болезни, локус контроля, уровень самооценки, мотивация достижения, осмысленность жизни, жизнестойкость, временная перспектива.

Одним из компонентов личностного реабилитационного потенциала, упоминаемым во всех работах, становится отношение к болезни – "внутренняя картина болезни".

Реабилитационный потенциал понимается нами как та часть личностных ресурсов, которая непосредственно способствует реабилитации и реадаптации в ситуации хронической болезни, и включает мотивационный, эмоциональный, самооценочный и коммуникативный компоненты, а также внутреннюю картину болезни.

Реабилитационный потенциал и внутренняя картина болезни

Внутренней картиной болезни Р.А. Лурия называет "все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, – все то, что связано для больного с приходом его к врачу, весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм". Таким образом, различаются внешняя картина болезни, определяемая с помощью объективных методов медицинской диагностики, и внутрен?няя картина болезни как ее субъективная сторона.

В настоящее время при описании структуры внутренней картины болезни выделяется ряд уровней:

• сензитивный уровень – уровень элементарных чувств, локализации болезненных и других неприятных ощущений;

• эмоциональный уровень – уровень субъективного эмоционального отношения к симптомам, заболеванию в целом и его последствиям;

• интеллектуальный уровень – уровень формирующийся благодаря процессам умственной переработки представлений и знаний больного о заболевании;

• мотивационный уровень – уровень изменения привычных поведенческих паттернов и образа жизни, обусловленного болезнью.

В.В. Николаева подчеркивает особую значимость мотивационного уровня (компонента) внутренней картины болезни. С ее точки зрения, именно он определяет актуализацию деятельности больного по возвращению и сохранению здоровья. В связи с этим различают разные стратегии противодействия хроническому соматическому заболеванию – активную и пассивную.

Понятие "внутренняя картина болезни", введенное Р.А. Лурией, получило широкое распространение в восточной Европе. В западной

Европе и США обычно используются понятия "восприятие болезни" и "представления о болезни". Применяется Опросник восприятия болезни IPQ, основанный на модели восприятия болезни или модели саморегуляции Г. Левенталя (Leventhal`s model). В восприятии болезни выделяются представления о ее симптомах, причинах возникновения, длительности протекания, физических и социальных последствиях, возможностях контроля и лечения. При этом в модели не представлены влияния на эти представления социального окружения больного – значимых других и групп. Исследования, проведенные с опорой на модель Г. Левенталя, с помощью Опросника IPQ, показали зависимость восприятия болезни от специфики ряда хронических заболеваний.

Мы рассматриваем внутреннюю картину болезни как компонент реабилитационного потенциала личности, делая акцент на когнитивном (представления о болезни, ее причинах, протекании и последствиях) и эмоциональном (отношение к болезни и образу жизни больного человека) аспектах.

Исследование проведено с целью выявления различий во внутренней картине болезни и реабилитационном потенциале в целом при хронических соматических и инфекционных заболеваниях разного генеза.

В исследовании были поставлены следующие задачи:

• определить уровни реабилитационного потенциала личности и характер внутренней картины болезни у пациентов с желудочно-кишечными, сердечно-сосудистыми, онкологическими заболеваниями и у ВИЧ-инфицированных наркозависимых;

• сопоставить уровни реабилитационного потенциала и основных составляющих личностных ресурсов – жизнестойкости, экзистенциальной исполненности, активности и оптимизма. […]

Выборки исследования составили испытуемые молодого и зрелого возрастов (22–43 года):

• в выборку № 1 вошли 37 испытуемых с различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ): язвенной болезнью желудка, язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, гастритами, гастродуоденитами, гастроэнтероколитами, колитами, панкреатитами;

• выборку № 2 составили 33 испытуемых с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ССС), такими как: ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда, идиопатическая желудочковая экстрасистолия […]

• в выборку № 3 вошли 33 испытуемых с онкологическими заболеваниями […]

• выборку № 4 составили 25 ВИЧ-инфицированных больных наркоманиями […]

[…] использовался комплекс методик: методика "Реабилитационный потенциал личности" И.Ю. Кулагиной, Л.В. Сенкевич; Тест жизнестойкости С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой; Шкала экзистенции А. Лэнгле, К. Орглер в адаптации С.В. Кривцовой; Шкала оптимизма и активности И. Шуллер, А. Комуниани в адаптации Н.Е. Водопьяновой и М.В. Штейна.

Методика "Реабилитационный потенциал личности" разработана И.Ю. Кулагиной и Л.В. Сенкевич в 2011 г. и апробирована в 2012–2013 гг. При создании методики использованы и модифицированы отдельные открытые вопросы анкеты Ж.В. Порохиной и структурированного интервью Ю.Е. Куртановой. Методика представляет собой опросник, предназначенный для лиц, имеющих хронические заболевания, старше 16 лет. Опросник включает 28 закрытых вопросов с тремя вариантами ответов и может применяться как в групповой форме, так и индивидуально.[…].

При изучении реабилитационного потенциала и других личностных ресурсов, необходимых для успешной реабилитации и реадаптации в юности, молодости и зрелости при наличии серьезного хронического заболевания, установлены различия между больными с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, с онкологическими заболеваниями и с ВИЧ-инфекцией. […].

Среди больных с хроническими заболеваниями разного генеза наибольшим реабилитационным потенциалом обладают молодежь и лица среднего возраста с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Выраженность их реабилитационного потенциала обусловлена, главным образом, наиболее оптимистичной внутренней картиной болезни и ярко выраженным мотивационным компонентом – сохранением интересов и достаточно высокой активности в разных сферах жизни (бытовой, профессиональной или учебной, лечебно-восстановительной).

При этом внутренняя картина болезни при заболеваниях ЖКТ существенно отличается от внутренней картины болезни при онкологических заболеваниях […], а также отличается от внутренней картины болезни при ВИЧ-инфекции: различия между группами прослеживаются на уровне тенденции.

При заболеваниях ЖКТ мотивационный компонент реабилитационного потенциала представлен в большей мере, чем при

заболеваниях сердечно-сосудистой системы ($p \leq 0,05$), онкологических заболеваниях ($p \leq 0,05$) и ВИЧ-инфекции ($p \leq 0,01$); самооценочный и коммуникативный компоненты – в большей мере, чем при ВИЧ-инфекции ($p \leq 0,01$).

Таким образом, заболевания желудочно-кишечного тракта в наименьшей степени вносят ограничения в образ жизни больного человека, по сравнению с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, онкологическими заболеваниями и ВИЧ-инфекцией – во всяком случае, в представлениях больных. А представления о самом заболевании ЖКТ, как не крайне тяжелом и опасном, соответствуют социальным стереотипам, а также имеющимся в настоящее время возможностям медикаментозного лечения и хирургического вмешательства.

Наименьший реабилитационный потенциал присущ ВИЧ-инфицированным. Общий показатель и показатели большинства компонентов при ВИЧ-инфекции ниже, чем при других заболеваниях. Общий показатель реабилитационного потенциала ВИЧ-инфицированных значимо ниже общего показателя лиц с заболеваниями ЖКТ и сердечно-сосудистыми заболеваниями. При ВИЧ-инфекции уже круг интересов и ниже активность в разных сферах жизни (профессиональной или учебной, бытовой, лечебно-восстановительной), чем при заболеваниях ЖКТ; ниже самооценка, чем при заболеваниях ЖКТ, онкологических и сердечно-сосудистых заболеваниях; сложнее межличностные отношения и меньше социальная поддержка, чем при заболеваниях ЖКТ, онкологических и сердечно-сосудистых заболеваниях. Только эмоциональный фон практически одинаков при заболеваниях разного генеза.

Здесь следует учесть, что все обследованные лица с ВИЧ-инфекцией имеют химические зависимости. […] Наркомания накладывает свой отпечаток на личность: наблюдаются рассогласованность Я-реального и Я-идеального в самосознании, деформация временной перспективы из-за амбивалентного отношения к своему прошлому и противоречивости или несформированности планов на будущее, меньшая значимость близкого социального окружения, недостаточность произвольной регуляции поведения, экзистенциальный вакуум как продукт наркокультуры. Эти особенности личности, сочетаясь с представлениями о ВИЧ-инфекции и о себе как человеке, имеющем заболевание,которое "не лечится", обусловливают недостаточность, слабость реабилитационного потенциала.

Что касается лиц с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и онкологическими заболеваниями, можно отметить средний

уровень их реабилитационного потенциала. Он ниже, чем при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, и выше, чем при ВИЧ-инфекции. Подчеркнем, что онкологические больные лечились и имели надежду на выздоровление, не находясь в терминальном состоянии.

В качестве других личностных ресурсов, необходимых для преодоления болезненного состояния и успешных реабилитации и реадаптации, рассмотрим экзистенциальную исполненность, активность, оптимизм и жизнестойкость.

Экзистенциальная исполненность – явление, описанное в экзистенциально-гуманистической психологии (В. Франкл, А. Лэнгле). Это осмысленность жизни, возможность жить в согласии с собой и миром,способность воплощения в жизнь своих решений, отвечающих сущности человека. Экзистенциальная исполненность включает в себя самодистанцирование, самотрансценденцию, свободу и ответственность. Под самодистанцированием понимается способность адекватного восприятия ситуации при освобожденииот собственных желаний, страхов и проблем; под самотрансценденцией – способность жить ради кого-то или чего-то, эмоционально откликаться на происходящее, ориентируясь на смысл и ценности, а не только на собственные цели. Свобода предполагает способность принимать решения, исходя из личностной ценности возможных вариантов, а ответственность – способность доводить эти решения до конца.

[…] в наибольшей степени сохраняется осмысленность жизни при заболеваниях ЖКТ и сердечно-сосудистых расстройствах, экзистенциальная фрустрация характерна для наркозависимых с ВИЧ-инфекцией. Отметим, что в последнем случае снижение осмысленности жизни может происходить не столько из-за ВИЧ-инфекции, сколько за счет химической зависимости. Как писал В. Франкл, "…если у человека нет смысла жизни, осуществление которого сделало бы его счастливым, он пытается добиться ощущения счастья в обход осуществлению смысла, в частности, с помощью химических препаратов".

Высокая осмысленность жизни при болезнях ЖКТ и сердечно-сосудистых заболеваниях связана с высокими самодистанцированием, самотрансценденцией, свободой и ответственностью, что отражается также в высоких обобщенных показателях персональности и экзистенциальности […].

В выборках онкологических больных и ВИЧ-инфицированных наркозависимых большинство показателей Шкалы экзистенции существенно ниже. Обращает на себя внимание отсутствие значимых

различий между этими группами по параметру "Свобода". Эти больные ощущают себя в значительно меньшей степени способными принимать решения и осуществлять свободно выбор в своей жизни, чем респонденты с расстройствами ЖКТ и сердечно-сосудистой системы, несмотря на то, что смертность в результате сердечно-сосудистых заболеваний в три с лишним раза превышает показатели смертности от рака и СПИДа. Видимо, здесь сказываются социальные стереотипы – представления о неизлечимости данных болезней.

Несмотря на то, что свобода у онкологических больных недостаточно выражена, именно она, а также персональность (объединенный показатель самодистанцирования и самотрансценденции) положительно коррелируют с реабилитационным потенциалом личности. Отсутствуют корреляции между реабилитационным потенциалом и ответственностью, как показателем практической реализации в жизни ценностного выбора. Кроме того, в этой выборке не выявлены значимые взаимосвязи общих показателей реабилитационного потенциала и экзистенциальной исполненности.

В то же время в трех остальных выборках положительные корреляционные связи на высоких уровнях значимости установлены практически между всеми субшкалами Шкалы экзистенции и параметрами методики "Реабилитационный потенциал личности". Повышение осмысленности жизни способствует усилению реабилитационного потенциала при заболеваниях ЖКТ, сердечно-сосудистой системы идаже при ВИЧ-инфекции.

Обращаясь к показателям активности и оптимизма, подчеркнем, что в плане оптимизма наблюдается та же тенденция, что и в плане осмысленности жизни (наиболее высокие показатели свойственны лицам с расстройствами ЖКТ, наиболее низкие – ВИЧ-инфицированным наркозависимым), а в планеактивности – прямо противоположная тенденция. Лица с химическими зависимостями и ВИЧ-инфекцией отличаются повышенной активностью на фоне низкого оптимизма. Как известно из литературы, посвященной химическим зависимостям, эта категория в периоды активного употребления препаратов "переживает избыточные возможности", а в периоды поиска психоактивных веществ проявляет высокую нестандартную активность. "Факт социального запрета на употребление наркотических веществ исключает формирование поведенческих стереотипов и автоматизмов у наркозависимых в процессе их поисковой активности. К тому же сама по себе среда, связанная с незаконным оборотом наркотиков, является очень опасной, агрессивной, жестокой… Такие условия вынуждают постоянно проявлять

хитрость, находчивость, "творчество" в процессе поиска наркотических веществ или средств на их приобретение". При этом активность наркозависимых с ВИЧ-инфекцией распространяется и на более широкие сферы жизни, о чем свидетельствуют положительные корреляционные связи с мотивационным компонентом реабилитационного потенциала личности. Отметим, что у этой категории больных отсутствуют корреляции активности со всеми прочими компонентами реабилитационного потенциала, включая общий показатель.

Жизнестойкость является одним из важнейших личностных ресурсов или компонентов личностного потенциала. Высокая жизнестойкость, способствующая преодолению стрессовых ситуаций, предполагает высокую степень вовлеченности в жизнедеятельность и эмоциональную насыщенность жизни; выраженный контроль – убежденность в необходимости противостояния жизненным трудностям, несмотря на отсутствие гарантии успеха, и в эффективности предпринимаемых действий; готовность к принятию риска и восприятию любого, даже негативного, жизненного опыта как содействующего личностному росту.

Наиболее высокая жизнестойкость характерна для лиц с заболеваниями ЖКТ, наименее – для ВИЧ-инфицированных наркозависимых.

Различиям в общих показателях жизнестойкости разных категорий больных соответствуют различия в частных показателях. Наиболее интересной и эмоционально насыщенной оказывается жизнь респондентов с расстройствами желудочно-кишечного тракта. Менее вовлеченными в происходящее становятся их ровесники с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями. И, наконец, представители последней выборки – ВИЧ-инфицированные лица с химическими зависимостями, – судя по низким показателям этого компонента жизнестойкости, часто ощущают себя "вне" потока жизни.

Различия между выборками по двум другим компонентам жизнестойкости менее выражены. Значимые различия по показателям контроля и принятия риска выявлены между группами больных с расстройствами ЖКТ и сердечно-сосудистой системы, с одной стороны, и ВИЧ-инфицированными наркозависимыми – с другой: эти значения существенно ниже в последней выборке. Вместе с тем, достоверных различий по параметрам контроля и принятия риска между онкологическими больными и лицами с химическими зависимостями и ВИЧ-инфекцией обнаружено не было. Респондентам с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудисты-

ми заболеваниями свойственно стремление к контролю над ситуацией и активному противостоянию трудностям; ВИЧ-инфицированным больным наркоманиями – ощущение беспомощности.

Принятие риска в наименьшей степени присуще наркозависимым с ВИЧ-инфекцией. Образ жизни лиц с химическими зависимостями связан с повышенной опасностью и, следовательно, с риском, но, тем не менее, склонность к принятию риска у них слабо выражена. По мнению С. Мадди, в основе принятия риска лежит идея личностного развития через активное усвоение знаний из опыта и последующее их использование. Вероятно, эти больные из-за наличия химической зависимости и связанной с ней гедонистической мотивации (подчиненной принципу удовольствия), ориентации на ситуацию "здесь и сейчас", немедленное удовлетворение примитивных потребностей, не умеют делать разумные выводы из собственного житейского опыта и постоянно "наступают на одни и те же грабли". Кроме того, при суженной временной перспективе, недостаточной ориентации на будущее, они не имеют и четкой ориентации на личностный рост. Исходя из полученных данных, можно считать, что жизнестойкость взаимосвязана с реабилитационным потенциалом больного человека, так что эти два элемента личностных ресурсов способствуют преодолению болезни и повышению качества жизни. Общий показатель жизнестойкости положительно коррелирует с общим показателем реабилитационного потенциала личности во всех четырех выборках на высоком уровне значимости. […]

Кулагина И.Ю., Сенкевич Л.В. Реабилитационный потенциал личности при различных хронических заболеваниях // Культурно-историческая психология, 2015. – Т. 11. – № 1. – С. 50–60.

Кабанов М.М.

РЕАБИЛИТАЦИЯ В КОНТЕКСТЕ ПСИХИАТРИИ

Истоки реабилитационного направления в медицине можно проследить с давних времён. Принято, однако, считать, что современное понимание этой сложной и развивающейся концепции получило своё начало в годы Второй мировой войны. Положения "общей реабилитологии", несомненно, оказали влияние на концепцию реабилитации психически больных, имеющей свою историю развития и специфику. Эта специфика обусловлена, в первую

очередь, большим значением социальных факторов в психиатрии, послужившим основанием для употребления понятия "социальная психиатрия" – понятия спорного, дающего возможность некоторым психиатрам противопоставлять социальную психиатрию клинической.

До настоящего времени существует различное понимание сущности реабилитации, которая многими специалистами рассматривается как совокупность различных воздействий и мероприятий, проводимых обычно после окончания соответствующего лечения.

В настоящее время реабилитация понимается как система различных мероприятий (государственных, экономических, медицинских, психологических, социальных и других), направленных не только на оптимальное приспособление больного (инвалида) к жизни и труду, но и на предупреждение того или иного дефекта (инвалидности). Этот профилактический аспект реабилитации нередко игнорируется, что приносит ущерб её теории и практике.

Реабилитация представляет собой не только конечную цель – восстановление личного и социального статуса больного (полное или частичное), не только процесс, ускоряющий саногенез, имеющий свои нейрофизиологические и психологические параметры, но и метод подхода к больному человеку, характеризующийся четырьмя принципиальными положениями: принцип партнёрства; разносторонность (разноплановость) усилий, воздействий и мероприятий, направленных на разные сферы жизнедеятельности реабилитируемого; принцип единства биологических (медикаментозное лечение, физиотерапия и др.) и психосоциальных (психотерапия, трудовая терапия и др.) методов воздействия; ступенчатость.

Реабилитация как концепция, требующая синтеза (интеграции) различных знаний – медицинских, психологических, социальных, – открывает новые пути для пересмотра ряда теоретических положений психиатрии.

Реабилитация определяется как динамическая система взаимосвязанных компонентов (медицинских, психологических, социальных), направленная на достижение конечной цели (восстановление статуса личности).

Современная концепция реабилитации начинает также оказывать влияние на разработку нового понимания клиники различных заболеваний.

Клиника психических заболеваний в последние десятилетия характеризуется выраженным патоморфозом. Это явление имеет полифакторный характер; в ряду вызывающих его причин важную роль играют социально-опосредованные факторы.

Концепция реабилитации, предусматривающая интегративный подход к больному с использованием всех параметров его жизнедеятельности, даёт новый импульс для развития клинического направления, опирающегося на богатый опыт и детально разработанный материал многочисленных клинических исследований прошлых десятилетий. В связи с задачами реабилитации вновь и в большем объёме поднимается вопрос о функциональном диагнозе в психиатрии (впервые поставленный в отечественной литературе в 30-х годах Т.А.Гейером и Д.Е.Мелеховым). Функциональный диагноз состоит из нозологической, психологической и социальной частей.

Врачу при реабилитационном подходе к больному важно знать не только "название" болезни (нозологический и синдромологический диагноз), но и у кого (какой личности) и в какой среде (имеется в виду социальная микросреда) эта болезнь возникает. Современные формы психотерапии, как индивидуальной, так и групповой, не могут применяться адекватно без адресованности к личности больного; то же можно сказать и о современных формах социотерапии.

От традиционных терапевтических подходов реабилитация отличается требованием выработки совместными усилиями врача (и всего персонала) и больного (и его окружения, в первую очередь семейного) качеств, помогающих его оптимальному приспособлению к социальной среде.

Представление о стадиях реабилитации даёт деление процесса на последовательные этапы: восстановительное лечение, реадаптация и реабилитация в прямом смысле этого слова.

На первом этапе – восстановительного лечения – задача состоит в профилактике дефекта, госпитализма, инвалидности (или их компенсации); на последующих этапах задача заключается в приспособлении индивидуума к жизни и труду, в рациональном бытовом и трудовом устройстве, в создании благоприятной психологической и социальной микросреды (что, конечно, служит задачам профилактики, но уже т. н. "вторичной" или "третичной").

Реабилитация – это не только оптимизация лечения, как это иногда полагают, хотя бы потому, что её мероприятия направлены не только на самого больного, но и на его окружение, в первую очередь на семью. Отсюда громадное значение групповой (психо)терапии, семейной терапии, терапии средой (milieu therapy). Концепция реабилитации имеет тесную связь с такими современными направлениями (концепциями), как резиденциальная терапия, реинтегративная терапия и терапевтическое сообщество (therapeutic community). Эти концепции предусматривают лечебно-восстановительную (по существу – психотерапевтическую) работу с акцентом на медико-педагогические и медико-социопсихологические приёмы.

Таким образом, понятие "лечение" в свете концепции реабилитации также наполняется новым содержанием. Ещё в 30-е годы В.Н.Мясищев сближал психотерапию, которой отводится огромная роль в комплексе реабилитационных воздействий, и медицинскую педагогику.

Мы отличаем "групповую терапию" (использование влияния группы при любой работе с больными – например, при занятиях лечебной физкультурой) от "групповой психотерапии", с которой сближается и "семейная психотерапия". Но это различие носит очень часто условный характер.

В связи с меняющимися представлениями о сущности лечения становится иным значение этических аспектов в медицине, особенно в психиатрии. Недооценка традиционалистской психиатрией роли этих аспектов – одна из наиболее важных причин, приведших к появлению т.н. антипсихиатрии, т.е. к практическому отрицанию медицинской модели психического заболевания. Этико-деонтологические положения до настоящего времени в психиатрии разработаны слабее, чем в каких-либо других областях медицины. В связи с рядом обстоятельств, среди которых определённое значение имеет и концепция реабилитации, этические требования являются сейчас не только гуманным принципом, но и становятся своего рода терапевтическим инструментом.[…]

[…] реализация концепции реабилитации в современных условиях требует формирования новой профессиональной психиатрической парадигмы, разработки и внедрения новых организационных форм оказания медицинской помощи и адекватного изменения системы подготовки кадров, участвующих в оказании помощи больным с психическими расстройствами.

Кабанов М. М. Реабилитация в контексте психиатрии // Медицинские исследования. – 2001. – Т. 1, вып. 1. – С. 9–10.

Карвасарский Б.Д.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СРЕДА И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ СООБЩЕСТВО

[…] понятие терапевтической среды различными авторами вкладывается различное содержание. Это выражается и в различии терминологии: "терапия средой", "лечебная среда", "терапевтическая среда", "терапевтическое сообщество".

Терапия средой (от франко-англ. milieu therapy – лечебное воздействие среды, лечение средой) представляет собой использование терапевтического потенциала взаимодействия больного с окружением, средой. Под средой имеют в виду все, что окружает пациента в стационаре (вещи, люди, процессы, события) и является неотъемлемым фактором больничного содержания, лечения и реабилитации.

В "Психиатрическом глоссарии", изданном в США, дается следующее определение терапевтического сообщества: "Термин британского происхождения, в настоящее время широко применимый для обозначения специально структурированной больничной среды, поощряющий деятельность пациентов в рамках социальных норм. Специальные обучающие методы применяются для преодоления чувства зависимости пациентов, для поощрения у них чувства личной ответственности и ускорения их социальной реабилитации". […]

Общая цель терапии, средой – максимализация адаптивных возможностей психически больного – подчинена общей цели реабилитации – восстановлению личного и социального статуса пациента (Кабанов).

Терапевтическая среда в широком смысле – это сочетание самых различных мероприятий и воздействий на больного: географическое расположение больницы, ее архитектура, внутренняя структура, комфорт в отделениях и палатах, режим "открытых дверей", организация (желательно самими пациентами) кафе, пунктов продажи, парикмахерских, совместные развлечения, различные виды занятости и пр. В ином смысле – это скорее характер складывающихся и определенным образом направляемых взаимоотношений больного с окружающими его людьми – персоналом, другими пациентами, семьей. В этом смысле понятие терапии средой приближается к концепции терапевтического сообщества (therapeutic community).

О терапии средой следует говорить тогда, когда проводится целенаправленная работа по созданию терапевтической среды – "направляемый в лечебно-восстановительных целях характер взаимоотношений" (Кабанов).

В психоаналитически ориентированных подходах, согласно определению Аммона, психоаналитическая терапия средой рассматривается как "попытка оказаться адекватным проблеме тех пациентов, тяжелые нарушения Я которых делают для них невозможным сделать свое поведение предметом рефлексирующего наблюдения, и которые не в состоянии с помощью терапевтической

группы, представляющей их прошлую и актуальную жизненную ситуацию, получить инсайт на свое поведение и конфликты. Терапия должна сделать еще один шаг, от символического воспроизведения жизненной ситуации терапевтической группой к действительной пересадке ее в терапевтическую среду, которая полностью включает в себя по месту и времени жизненную ситуацию пациента. Жизненная ситуация и ситуация лечения становятся идентичными". "Лечебная среда одновременно становится терапевтической и социальной действительностью, способствуя социальному процессу нового научения и нового обусловливания, которое может быть проверено непосредственно" (Батегей). Следует отметить, что чем больше психическая дезорганизация больного, тем проще и компромиссснее может быть терапевтическая среда.

Таким образом, понятия "лечение средой" и "терапевтическая среда" наполняются в большей степени социально-психологическим содержанием.

В более широком смысле терапевтическое сообщество является неспецифическим организационным базисом для любого психиатрического отделения, в рамках которого может применяться самое различное лечение, как биологическое, включая медикаментозное, так и психосоциальное. Как говорит известный чешский психотерапевт Кратохвил, эта организационная структура "облегчает и возвышает терапевтическое действие и является современной формой лечения". […] При проведении различных лечебно-восстановительных мероприятий в рамках терапевтической среды (терапевтического сообщества) не должно быть противопоставления медицинской и социальной модели заболевания, одна модель должна как бы накладываться на другую в процессе лечения. Причем степень этого взаимопроникновения зависит, конечно, от природы заболевания, степени его тяжести, характера течения болезненного процесса и т. д.

В зависимости от базисных концепций существуют и соответствующие модели терапии средой, такие как социотерапевтическое сообщество, психоаналитическая терапия средой, терапевтическая среда социального научения, интегративная модель терапевтической среды.

1. Социотерапевтическое сообщество, основателем которого следует считать Джонса. В основе концепции терапевтического сообщества лежит утверждение, что противодействие болезненному процессу, а также восстановление и развитие способностей пациента к адаптивному поведению в здоровом обществе возможно путем

такой организации отношений между врачами, медицинским персоналом и больными в совместной деятельности, которая обеспечивает оптимальное использование их терапевтических способностей. Исходная модель терапевтического сообщества, по Джонсу, предполагает, таким образом, изменение, реформирование социальной структуры психиатрического стационара. Джонс, а позднее и другие авторы описали основные принципы формирования процессов среды: демократизация – отказ от традиционных статусных различий, "иерархического порядка", облегчающий открытую коммуникацию; участие пациентов в терапевтическом процессе – пациенты выступают в качестве терапевтов друг другу; разделение ответственности за социальное функционирование отделения; формирование новых социальных ролей у медперсонала и пациентов, формирование "терапевтической культуры" и др. В данной модели функционирования среды предусматриваются ежедневные собрания всех участников терапевтического процесса для обсуждения вопросов лечения, еженедельные конференции персонала для разбора затруднений в его работе и регулярные встречи пациентов в малых группах для анализа их личностных проблем.

Реализация принципа партнерства связана с изменением стиля общения персонала с больными и исходной установки, определяющей тот угол зрения, под которым рассматривается больной. Предпосылкой служит преодоление одностороннего профессионального подхода к больному, который делает его объектом диагностических и терапевтических мероприятий, и формирование эмоциональных отношений с пациентом, основанных на понимании и принятии его как личности. Любое доминирование вне зависимости от того, проявляется ли оно в авторитарном стиле руководства или в чрезмерно заботливой, сочувствующей опеке (именно эта форма гиперпротективного общения становится источником новых форм госпитализма и возникновения контингента так называемых больничных функционеров), должно быть устранено как стесняющее собственную инициативу больного. Имеет значение сбалансированное соотношение самовыражения пациента и проявления им собственной инициативы с формами воспитательного воздействия "сообщества" больных, врачей, среднего медицинского персонала.

Эта новая ориентация требует от всех сотрудников, занимающихся лечением больных, новых форм поведения. Она выводит врача из ситуации терапевтической диады и делает необходимым его активное участие в социальной жизни отделения. Принятие такой позиции не всегда бывает для врача беспроблемным. […] Потеря

авторитарности, права на диррективное осуществление режимных требований поначалу ведет к отчетливой неуверенности в социальном статусе персонала и порождает с его стороны упорные попытки вернуть утраченные командные позиции. Научение руководству больными через больных, правильному сочетанию дисциплинарно-нормирующего поведения и эффективного наблюдения за больными с установлением в коллективе больных неформальных отношений встречает большие трудности. Оно достигается только в процессе практической работы на основе постоянного анализа ситуаций, складывающихся в коллективе, и конкретных способов их решения. Интенсивная подготовка персонала составляет, таким образом, решающую предпосылку рациональной организации терапии средой.

Центральным моментом в реализации принципа партнерства является достижение должной согласованности между целями персонала и целями больных. Необходимость однозначного понимания целей работы и способов их достижения всем медицинским персоналом, вступающим в терапевтические отношения с больными, очевидна. Организационной предпосылкой такого единообразия является объединение персонала, занимающегося одним и тем же больным, в терапевтические бригады.

Развитие стабильных и терапевтически действенных отношений больных между собой и с медицинским персоналом решающим образом зависит от длительности совместной жизни и работы. Поэтому необходимо ведение больного в течение всего времени его лечения одной и той же терапевтической бригадой. Принцип демократического нахождения решений требует отказа от иерархической формы сообщения информации только сверху вниз, ставящей членов лечебного коллектива в подчиненные отношения. Иерархия членов коллектива и распределение в нем ролей определяется прежде всего пониманием дела, степенью осведомленности. Важные мероприятия должны разрабатываться и обсуждаться больными и персоналом совместно, что способствует организации единой согласованной деятельности терапевтического коллектива. Совместные решения могут быть правильно приняты лишь при оптимальной информированности персонала о процессах, протекающих в коллективе.

Для повышения информированности врачей и персонала большое значение имеют неформальные контакты с больными на самых различных уровнях – во время совместных мероприятий культурно-развлекательного характера, в клубе, на уик-энде и т. п. В любом случае необходимо создание возможностей для непосредственной

коммуникации всех членов коллектива по всем проблемам совместной жизни.

Система самоуправления имеет в основе самообслуживание больных и самостоятельную организацию ими быта и внутренней жизни коллектива. Она связана с выполнением функций, соответствующих разнообразным общественным ролям (дежурные по палатам и столовой, ответственные за организацию прогулок, члены совета больных и назначенных им комиссий). Эта система должна предусматривать регулярную сменяемость функций, обеспечивающую последовательное выполнение каждым больным самых разнообразных ролей, соблюдение принципа гласности и постоянное осознание каждым больным своего места в общественной жизни коллектива.

Основными органами самоуправления больных являются общее собрание и избираемый на нем совет больных. На собрании поощряются критические высказывания, обсуждается жизнь коллектива, выполнение больными лечебного режима, дисциплинарные нарушения. Сообщество информируется о выписанных и поступивших больных. Составляются планы культурно-развлекательных, спортивных и лечебно-трудовых мероприятий, обсуждается их выполнение, отчитывается и переизбирается совет больных, который непосредственно руководит проведением общих собраний.

Совет больных представляет перед администрацией интересы больных и содействует персоналу в проведении социотерапии. Ему принадлежит важная роль в формировании неформальных групп больных и распространении на них такового влияния, которое побуждало бы их идентифицировать свои цели с терапевтическими требованиями. Эта работа требует тщательного руководства и поддержки со стороны лечебного персонала. Внимание персонала должно быть направлено на предотвращение деструктивных групповых формирований, часто возникающих вокруг делинквентных и психопатических личностей с их антитерапевтическими целями или ориентацией на нереальные нормы. С другой стороны, важно своевременно выявить пассивных, зависимых больных, занимающих в коллективе изолированное положение, рационально объединить их и вовлекать во взаимодействие.

Проведение регулярных собраний больных и распределение между ними социальных функций еще не создает сплоченного коллектива, хотя и является важной предпосылкой для его возникновения. Обязательным является проведение занятий в динамических группах и ежедневные разъяснения членам сообщества склады-

вающихся отношений в обстановке неограниченной терпимости. Помимо этого проводятся следующие терапевтические мероприятия: индивидуальная психотерапия (особенно в тяжелых случаях), арттерапия, музыкотерапия, хореотерапия и другие вспомогательные психотерапевтические методы.

2. Психоаналитическое психотерапевтическое сообщество. Согласно этой концепции, психоаналитическое учреждение представляет собой "терапевтическое поле" (по Левину), которое должно реализовать социальную жизнь пациентов с помощью деятельности малых и больших групп. При этом общество рассматривается здесь в меньшей степени как место тренинга социальных взаимодействий, а главным образом как сцена, на которой осознаются и прорабатываются невротические проявления. Модификация невротического реагирования в соответствии с требованиями реального жизненного пространства, приобретение опыта искренних и легких социальных отношений и воздержанности от чрезмерных претензий дают возможность для стабильной жизни в реальном мире и усилению Я-функций. Терапевтическая среда служит пациенту для повторения патогенной жизненной ситуации в первичной группе, которая приобретает вторичную патологическую автономию. Терапевтическая ситуация является в этом смысле локусом переноса. Поскольку перенос происходит в ситуации, свободной от патогенной динамики первичной группы и поэтому отвечающей на поведение пациента не враждебно, а пониманием и защитой, речь идет не о простом повторении, а о коррекции раннего эмоционального опыта. Психотерапевт становится активным партнером в жизненной ситуации пациента. Он становится одним из важнейших факторов этой жизненной ситуации. В отношении взаимодействия между терапевтом и пациентом речь идет, следовательно, об активной прямой терапии. Так же терапевт в совместной ситуации терапевтической среды является истолкователем поведения и конфликтов пациентов лишь во вторую очередь. Он интерпретирует действия и конфликты пациентов и отвечает на них прежде всего своим поведением.

Психотерапевт вступает, иными словами, в жизненную ситуацию пациента как активный партнер, чтобы помочь ему понять и изменить ее. Цель при этом – дать пациенту в рамках терапевтической среды и в прямом взаимодействии с терапевтом сначала возможность нового эмоционального опыта, часто впервые сообщая ему ощущение удачи и положительное чувство собственного существования. Таким образом может быть создана основа чувства Я, позволяющая пациенту постепенно принять и вербальную анали-

тическую интерпретацию своего поведения и конфликтов и работать с этой интерпретацией. Между невербальным отреагированием симптоматики и вербальной психоаналитической интерпретацией тем самым появляется неформальное, преимущественно невербальное, но при этом все же аналитически контролируемое взаимодействие между пациентом и его терапевтическим окружением, которое служит эмоциональной коррекции как базе для дальнейшей аналитической работы.

Терапевтическая среда формируется группой психотерапевтов и помогающим им сотрудников. Эта терапевтическая бригада включает психотерапевтов, молодых, находящихся на обучении психиатров, клинических психологов, в особенности обученных и подготовленных социальных работников, медсестер, санитаров, интернистов, арттерапевтов, музыкотерапевтов, трудотерапевтов и т. д. Разные члены терапевтической бригады выполняют специфические функции в формировании терапевтической среды, ее поддержании и укреплении. Связь этих различных функций, их безупречная согласованность осуществляется благодаря постоянной совместной рефлексии и контролю, последовательной супервизией. Отдельные члены бригады имеют специфические задачи, являясь специализированными факторами групповой границы, терапевтической среды. Центральная фигура бригады – психиатр (врач-психотерапевт), который несет ответственность за пациента и координирует все взаимодействия в бригадной группе относительно пациента. Его задачей является в рамках более узкой терапевтической ситуации, то есть в психоаналитической интеракции с пациентом, постепенно помочь ему получить инсайт на динамику переноса и сопротивления своих интернализованных конфликтов и постепенно заложить основу для нарастающей вербализации взаимодействия.

Остальные члены или подгруппы терапевтической бригады служат тому, чтобы поддерживать и укреплять возникновение и постепенное дифференцирование этого аналитически ориентированного психотерапевтического процесса. Персонал, олицетворяющий учреждение клиники и ее распорядок, имеет при этом в целом функцию "третьего лица" (Аммон), расширяя более узкую терапевтическую ситуацию в терапевтическое поле. Задачей персонала является представить пациенту реальность ситуации и конфронтировать его во всех сферах его жизненной ситуации в клинике там, где его патологические ожидания, определяемые бессознательной динамикой переноса, не совпадают с реальностью, и при этом в каждом случае избегать бессознательного совместного поведенческого

отреагирования. Сотрудники обращаются с пациентом с самого начала как с лицом, несущим за себя полную ответственность, инфантильная сторона его личности игнорируется или не принимается, обращаются к здоровому Я. Пациент ни в коем случае дополнительно не инфантилизируется.

Постоянная конфронтация с больными компонентами Я, воспринимаемая больным в дружеском, но ориентированном на реальность поведении персонала, расшатывает патологические компоненты его личности, которые могут постепенно начать переживаться как чуждые Я и становиться проблемой, которая затем может прорабатываться психотерапевтически.

Терапевтическая среда в ее различных гранях, которые служат или конфронтации больного, или дают ему преходящую идентификацию с конструктивными факторами в рамках терапии средой, является в целом лишь непременной предпосылкой для аналитического освещения и проработки ставших бессознательными конфликтов пациента.

[…].

3. Теория научения. В соответствии с этой теорией модель терапевтической среды строится на различных приемах вмешательства и коррекции нарушенного поведения. Одной из таких методик, впервые примененных к госпитализированным хроническим больным, является методика подкрепления (поощрения) "экономической" стимуляцией. Отдельные, социально одобряемые поступки этих больных вознаграждались пластиковыми деньгами, которые впоследствии заменялись на необходимые или желаемые акции (еда, прогулка, разговор и др.). Айллон, Ферветер описывали целые группы пациентов, которых удалось таким образом сориентировать на внешние требования и вернуть к жизни вне психиатрического стационара. В Институте им. В. М. Бехтерева в отделении внебольничной психиатрии, где разрабатывались принципы терапии средой, Воловик применял видоизмененную "жетонную" систему для оценки деятельности функциональных групп психотерапевтического сообщества, что способствовало повышению заинтересованности больных в достижении оптимальных результатов.

В последующем были определены принципы построения модели терапевтической среды, исходя из теории социального научения. Эти принципы формулировались как "законы": закон участия (новым способам поведения тем лучше можно обучиться, чем больше и чаще они используются самостоятельно), закон эффективности (новые способы поведения применяются тем чаще, чем они

эффективнее) и др. Программа социального научения реализуется в двух основных направлениях: путем подражания поведению других людей, учитывая, что на разных этапах индивидуального развития человека за внешне сходными явлениями подражания скрыты различные психологические механизмы, и путем представления внешних влияний и ответных реакций на них символически, в виде "внутренней модели внешнего мира". Помимо этого, модель терапевтической среды, основанная на социальном научении, содержит также и другие приемы модификации поведения.

4. Интегративная модель. Критическая реакция на концепцию терапевтического сообщества как на идеалистически-утопическую впоследствии распространилась и на практически-технические аспекты терапии, построенной в соответствии с этой теорией. Сформировались взгляды, хотя и поддерживающие принципиальные позиции терапии средой, но предъявляющие требования к их дальнейшей разработке и развитию. Тот или иной тип среды ("контроль", "поддержка", "структурирование", "активное участие") может иметь свои преимущества и недостатки для различных популяций пациентов. Другие авторы указывали, что потребности в среде у отдельных пациентов различны на разных этапах болезни и в соответствии с этим должны определяться типы среды: структурирующая – в кризисной фазе болезни, уравновешивающая – в острой фазе, воодушевляющая (ободряющая) – на стадии реабилитации, рефлексирующая – в интенсивной стационарной психотерапии, заботящаяся – в лечении хронических больных. Эти типы терапевтических сред позволяют осуществлять оперативное вмешательство, руководствуясь групповыми принципами (участие, коммуникация, социальное научение и др.).

Таким образом, в подходе к организации терапевтической среды в настоящее время существуют две основные тенденции. Первая направлена на отказ от универсальной модели среды и создание системы специализированных терапевтических сред, обеспечивающих переход больного из одной среды в другую по мере изменения его психопатологического и личностного статуса. Вторая, противоположная тенденция состоит в разработке гибких, пластичных, полифункциональных сред, объединяющих в себе достоинства самых разнообразных видов лечения.

Эффективность терапевтической среды обеспечивается различными факторами: 1) демократической выработкой решений и распределением ответственности; 2) ясностью терапевтических программ, ролей и лидерства; 3) высоким уровнем взаимодействия между

персоналом и пациентами; 4) малым размером отделений; 5) позитивными ожиданиями персонала; б) высоким моральным уровнем персонала; 7) практической проблемной ориентацией лечебного коллектива.

Карвасарский Б. Д. Психотерапия: учеб. для вузов. – СПб. : Питер, 2002. – С. 207–212.

Іванов В.О. та ін.

ПРИНЦИПИ РОБОТИ АМБУЛАТОРНОЇ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ЗАЛЕЖНИХ ВІД АЛКОГОЛЮ

Модель алкогольної залежності

[…] наркологічний підхід, що використовується в нашій країні, в розумінні алкоголізму у своїй основі містить медичну модель, в якій первинними в патогенезі алкоголізму вважаються порушення нейромедіаторного метаболізму в системі функціонування головного мозку. Відповідно до цього первинну роль в лікуванні алкоголізму грає медикаментозна терапія, спрямована на пригнічення потягу до алкоголю і відновлення здорового функціонування головного мозку. У релігійних реабілітаційних центрах алкогольна залежність розглядається, передусім, як духовне захворювання, відповідно і лікувати її необхідно молитвами і встановленням контакту з "вищою силою". У філософії 12-крокового підходу намагаються поєднати фізичний аспект алкоголізму ("не візьмеш першу чарку, не будеш п’яним") і духовний ("доручили нашу волю і життя Богові").

[…] у соціально-психологічній моделі, що застосовується нами, алкогольна залежність розглядається, передусім, як порушення у психологічній сфері функціонування людини та в системі взаємовідносин з оточенням і світом.[…] основний акцент робиться на методах соціально-психологічної терапії. [...]

Цей підхід має свої обмеження: без залучення медичної допомоги в його межах не можна працювати з людьми з ендогенними коморбідними порушеннями психопатичного і психотичного регістру, і що потребують медикаментозної допомоги для купірування ППА (патологічного потягу до алкоголю), людьми у стадії абстинентного синдрому, і людьми, що мають інші психічні наслідки алкоголізації.

[…] В центрі "Сенс" для створення методологічної основи практичної роботи із залежними від алкоголю людьми було вибрано не створення програми на вже існуючій теорії особистості, а розробка власної теорії. […] За нашими спостереженнями, розвиток алкогольної залежності прямо корелює із загальною психічною деградацією особистості. При цьому руйнуються або витісняються еволюційно пізніші в онтогенетичному розвитку психологічні процеси і починають "спливати" і домінувати еволюційно більш ранні. Людина при прогресі алкогольної залежності починає особистісно регресувати на більш дитячий рівень свого розвитку. Причому цей процес інтегральний, що захоплює абсолютно усі вищі психічні процеси в різних сферах психіки: когнітивній, емоційній, мотиваційній, антиципаційній, поведінковій, ціннісній, комунікаційній і т.д.

Наші висновки і спостереження корелюють з дослідженнями інших авторів. Так, Собчик робить висновок про дифузну зміну інтенсивності різних психічних функцій (що впливає на адаптивність особистості), яка вміщує зниження рівня моральних установок, примітивізацію мотиваційно-емоційної сфери, зниження рівня самоконтролю. Інші автори звертають увагу на інфантильність усієї психіки адиктів. Виходячи з цього, можна постулювати необхідність системної психотерапевтичної роботи одночасно з усіма сферами особистості, що зазнали змін. […] тут коротко висвітлюються тільки найзагальніші моменти інтеграційної теорії особистості, яка розробляється і є концептуальним продовженням системно-діяльнісного підходу вітчизняної психології та органічно вміщує основні теоретичні моделі гуманістичної, когнітивно-біхевіоральної і психодинамічної психології.

Теоретичні гіпотези для побудови моделі особистості

Нами виділяються три основних якісно різних рівня психічної діяльності: тілесний, соціальний і особистісний, що онтогенетично і філогенетично з’являються у зазначеній послідовності. Так, в дитячому віці домінує тілесний рівень психіки (Тілесне Я), в подальшому розвитку психіки поступово розвивається соціальний рівень (Соціальне Я), на основі якого розвивається особистісний рівень (Особистісне Я).

Ці три рівні психічної діяльності якісно різні. Для тілесного рівня в когнітивній, емоційній, мотиваційно-антиципаційній і поведінковій сферах характерні: сенсомоторне і доопераційне мислення (за Піаже), афективні комплекси (психодинамічна теорія), інстинкти і рефлекси, операції (за Леонтьєвим, розуміння рівнів діяльності). У своїй основі психодинамічна теорія займається описом саме цього рівня.

Для соціального рівня психічної діяльності характерні: наочно-конкретне мислення, ситуаційні емоції, найближчі ситуаційні цілі і дії.

Описом цього рівня займаються теорії соціальної психології (соціальне навчання Бандури, когнітивний дисонанс Фестінгера та інші). З цим рівнем психіки працює когнітивно-біхевіоральна терапія.

Особистісний рівень у цих чотирьох сферах характеризується формально-логічним мисленням, моральними і естетичними почуттями, більш далекими цілями і діяльністю. Школи психології, близькі до гуманістичної та екзистенціальної, описують саме цей рівень психіки. […]

Функціональні завдання кожного з цих рівнів наступні: тілесний відповідає за забезпечення функціонування матеріального тіла, соціальний рівень – за функціонування у предметному світі і соціальному оточенні, особистісний – за забезпечення гармонійного функціонування усієї психіки і саморозвиток. Особистісний рівень психіки має тільки людина, соціальним володіють ще й усі вищі тварини, нижчі тварини мають тільки тілесний рівень.

Теоретичні гіпотези для побудови моделі особистості. Ці три рівні, з одного боку, мають деяку міру самостійності, з іншого боку, взаємопроникають і впливають один на одного, утворюючи при цьому єдине холістичне ціле, яке не є простою сумою його частин. Тобто, розвиток еволюційно більш високих рівнів не йде незалежно, а впливає на еволюційно нижчі рівні і перетворює їх, як і зміни в нижчих рівнях впливають на більш високі.

Як було зазначено, розвиток цих рівнів має свою онтогенетичну послідовність. Спочатку в онтогенезі (ще в утробі матері) розвивається тілесний рівень; на його основі розвивається соціальний рівень, потім особистісний. Під впливом зловживання алкоголем відбувається інволюційний процес у зворотній послідовності. Поступово руйнується особистісний рівень: зменшується здатність до абстрактного мислення, моральних почуттів, стратегічних прогнозів, руйнується вища моральна сфера і т.д. Потім йде руйнування соціального рівня: зникає здатність до конкретного мислення – працюють механізми надгенералізованого і дихотомічного мислення; зникають предметні емоції, поступаючись першістю недиференційованим афектам; зникає здатність до ситуаційного прогнозу; починають переважати грубі тілесні цінності.

Причому провідну роль в цих порушеннях грають не афекти, основою яких є органічне ураження мозку, а функціональні порушення психіки. У примітивному наближенні цей інволюційний процес можна пояснити "атрофуванням" вищих психічних функціональних здібностей і заміною їх вживанням алкоголю для вирішення своїх психологічних завдань. Наприклад, якщо людина вживає алкоголь для того,

щоб розслабитися, замість того, щоб вчитися це робити за допомогою своїх інтропсихічних здібностей і, відповідно, розвивати їх, то її власні здібності розслаблятися поступово зменшуються, а потреба в алкоголі для розслаблення звичайно зростає. А оскільки алкоголь має властивість впливати на всі сфери психіки, то і регрес відбувається "загальнопсихічний", в усіх відомих сферах психіки. Описаний механізм ми виділяємо як основний в розвитку психологічної залежності від алкоголю. Тобто, етіологічною основою психологічної залежності від алкоголю є загальний регрес особистості зі зниженням функціональних можливостей і зростанням потреби в алкоголі для інтро- та інтра- психічної регуляції. […] У запропонованій моделі усі залежності (як хімічні, так і нехімічні) мають загальний радикал – функціональне зниження психічних здібностей. При блокуванні каналу задоволення однієї залежності психіка шукає інші канали. Таким чином, пояснюється "перехід" залежностей з однієї на іншу. Саме так можна пояснити й інші спірні питання загальної адиктології: функціональну подібність різних залежностей, схожість їх розвитку, питання розрізнення хімічних і нехімічних залежностей і багато що інше. Запропонована модель не лише не суперечить багатьом іншим раніше запропонованим моделям, а органічно вміщує їх (з деякими доповненнями). […] цілком очевидними є напрями роботи з адикціями. Потрібна допомога, спрямована на розвиток більш зрілих особистісних рівнів (від тілесного до особистісного). Тобто модель терапії залежностей передбачає загальний розвиток особистості, а саме поступове навчання більш зрілим способам психічного функціонування в усіх сферах психіки.

Розвиток моделей "одужання" від алкогольної залежності

Модель "одужання" від алкогольної залежності, що розробляється нами (відновлення гармонійної психологічної діяльності і системи соціальних стосунків), є генетичним продовженням розвитку різних підходів в цій області. […]

Модель терапевтичних співтовариств (груп взаємодопомоги). Цей підхід полягає в створенні терапевтичного співтовариства з людей, що страждають алкогольною залежністю, з метою підтримки тверезості. Заснування в 1935 році товариства "Анонімні Алкоголіки" було справжнім проривом в області лікування алкоголізму. Сьогодні у світі існують різні види подібних груп взаємодопомоги від релігійних (групи взаємодопомоги при різних релігійних конфесіях) до повністю світських (світське товариство взаємодопомоги, групи раціонального одужання та ін.). Але найбільш поширеним як у світі, так і в Україні, є співтовариство АА (програма "12 Кроків"). Ефект групи взаємодопо-

моги можна пояснити наступними чинниками. Людина, коли прогресує її алкогольна залежність, опиняється в становищі комунікаційній деривації та соціальної ізоляції. Вона не знаходить розуміння своїх проблем як сама у себе, так і у свого оточення, і почуває себе знедоленою. Подолати цей "дискомфорт" їй допомагає вживання алкоголю і спілкування з такими ж алкоголіками, а це призводить до подальшого розвитку алкогольної залежності і руйнування здібностей тверезої комунікації і соціальної взаємодії. Створюється порочне замкнуте коло: процес особистісного регресу зумовлює все більшу потреби в соціальній підтримці; її відсутність призводить до все більшої потреби у вживанні алкоголю, що, у свою чергу, призводить до подальшого особистісного регресу і соціального відчуження. Потрапляючи в товариство "тверезих алкоголіків" з аналогічною проблемою, така людина має можливість конструктивного подолання комунікаційної блокади і отримання задоволення в соціальній взаємодії. Це показує важливість використання принципів груп взаємодопомоги в різних реабілітаційних програмах. Водночас принцип терапевтичних співтовариств має свої недоліки. По-перше, існує проблема адаптації людини з алкогольною залежністю до самого формату групи АА. Так, за неофіційними даними, не більше 5% відсотків людей, що прийшли на збори груп АА, залишаються в співтоваристві на скільки-небудь значний час. По-друге, до недоліків такого підходу можна віднести високу вірогідність переходу алкогольної залежності в залежність стосунків (залежність від групи) і подальшу патологічну зміну особистості, навіть при припиненні вживання алкоголю [38]. Важливим недоліком підходу товариства взаємодопомоги є відсутність в ньому професійної допомоги. Крім того, оскільки ці групи самостійні, помічені випадки трансформації груп взаємодопомоги в групи сектантського типу або "групи культу однієї особи", що вербують своїх адептів серед алкоголіків.

Мінесотська модель. Спроби подолати ці та інші недоліки груп взаємодопомоги привели свого часу до створення так званої Мінесотської моделі реабілітації залежних людей, названої на честь штату в США, де уперше її почали застосовувати. По суті модель Мінесота зводиться до професійної або напівпрофесійної програми реабілітації, що полягає в адаптації алкозалежної людини до співтовариства АА. Модель Мінесота може застосовуватися в різних модифікаціях. Наприклад, з відсутністю або присутністю детоксикації; у поєднанні з психотерапією або тільки у вигляді навчального курсу; з різним терміном реабілітації – від 28 днів до декількох років. Може бути різний рівень професійної підготовки співробітників центру – від

консультантів з хімічної залежності, що мають досвід зловживання алкоголем і одужання від цього, до висококваліфікованих психотерапевтів. Такі центри можуть працювати самостійно або ж співпрацювати з іншими соціальними службами. Але спільне для усіх цих видів реабілітації одне: в основі реабілітаційного процесу адаптована програма "12 Кроків" і подальше мотивування клієнтів на участь у співтоваристві АА. Перевагами цієї моделі є можливість професійної допомоги людині з алкогольною залежністю в найгостріший перший період відмови від алкоголю і сприяння їй в адаптації до груп АА, що підвищує відсоток людей, які залишаються на групі АА (за нашими оцінками, до 30% людей, що пройшли реабілітацію). До недоліків моделі Мінесота можна віднести, по суті, паліативну допомогу, коли вирішуються в короткий термін тільки гострі проблеми наслідків алкоголізації і відбувається "навчання" основним поведінковим методам залишатися тверезим. Водночас, в моделі Мінесота не передбачається вирішення самої суті питання алкогольної залежності – "незрілості" особистості. Завдання особистісного розвитку в цьому випадку перекладається на АА, хоча це всього лише непрофесійне співтовариство взаємопідтримки, що не передбачає психотерапевтичної допомоги. Як наслідок, дійсно вирішити питання із залежністю мають можливість лише ті люди, у яких є ресурс для подальшого самостійного особистісного розвитку. В інших людей присутня небезпека трансформації алкогольної залежності в залежність від груп з можливими подальшими патологічними змінами особистості. Крім того, відсутність професійної допомоги у вирішенні психологічних проблем на тривалих термінах ремісії часто призводить до рецидивів.

Розвиваюча модель Теренса Горські. Горські запропонував програму тривалої професійної роботи з алкозалежними, що поєднується з відвідуванням зборів АА. […] в моделі "АА + професійна допомога" виправлені недоліки підходу Мінесота, в якому професійна допомога пропонується тільки на першому етапі одужання.

Горські виділяє в процесі від хімічної залежності шість етапів і визначає цілі та завдання, які необхідно вирішити на кожному з цих етапів […] Горські одним з перших почав розглядати одужання як еволюційний процес розвитку особистості.

До недоліків моделі Горські можна віднести як труднощі в практичній реалізації еволюційної моделі одужання, так і її слабке теоретичне обґрунтування. Розвиваюча модель Горські не ґрунтується на якій-небудь моделі особистості, а, отже, в ній не класифікуються патологічні особистісні процеси. Крім того, на наш погляд, Теренс Горські більшою мірою відноситься до "психологів соціальної роботи",

через що акценти в його програмі невиправдано зміщені в соціальну область, що не сприяє вирішенню патопсихологічних особистісних проблем.

Розвиваюча модель Діани Піти. Цю модель можна назвати першою саме психологічною моделлю одужання від алкогольної залежності. У основі моделі Піти лежить теорія стадій психосоціального розвитку Эріка Эріксона. Ґрунтуючись на цьому теоретичному підході і великому власному досвіді роботи із залежними, Піта описала особистісні зміни, що відбуваються із залежними в процесі одужання, і необхідні засоби для досягнення цих змін. У цій моделі немає "прив'язки" до програми "12 Кроків", хоча практично вона сумісна з нею.

У розвиваючій моделі Діани Піти виділяється сім стадій, які відносяться до стадій психологічного розвитку Еріксона. Для кожної з цих стадій визначаються необхідні цілі і завдання, які необхідно вирішити залежній людині для свого одужання[…]. Перевагою моделі Діани Піти є якісно розроблена теоретична модель одужання, заснована на гіпотезі співвідношення стадій одужання із стадіями психологічного розвитку особистості за Еріком Еріксоном. Проте саме співвідношення одужання від залежності із стадіями психосоціального розвитку зроблене без належного на те обґрунтування. Крім того, в цій моделі відсутній теоретичний розгляд моделі патогенезу самої залежної особистості. […].

Незважаючи на це, модель Піти залишається поки єдиною нам відомою інтегральною психологічною розвиваючою моделлю одужання від алкогольної залежності, де одужання розглядається як еволюційна зміна особистості адикта. І ця модель цілком підходить як основа для подальшої розробки інших психологічних моделей одужання від алкогольної (та іншої) залежності.

Існують й інші дієві моделі роботи із залежними людьми, що з'явилися окремо від програм терапії залежностей, які історично еволюціонували з підходу АА.[…] в запропонованій нами моделі враховано і акомодовано багато досягнень цих підходів, особливо когнітивно-біхевіорального підходу, системного сімейного підходу і так званої "голландської" моделі, заснованої на методах мотиваційного інтерв'ю та моделі змін Прохазки і Ді Клименте. *Інтеграційна особистісно-орієнтована розвиваюча модель одужання від алкогольної залежності центру "Сенс"*

У цій моделі одужання, заздалегідь названій інтеграційною особистісно-орієнтованою розвиваючою (ІООР), враховується попередній досвід системних еволюційних моделей одужання, інтегрований в

запропоновану нами теорію особистості та етіології психологічної залежності від алкоголю.

У системі діяльності людини з алкогольною залежністю в активній фазі вживання домінує патологічно деформований тілесний рівень, в якому потреба в алкоголі перейшла в розряд природних потреб. Особистісний і соціальний рівні психіки є "керованими" і підпорядковані в структурі діяльності тілесному рівню. Людина з такою структурою особистості практично не здатна залишатися довгий час тверезою.

Як наслідок викладеного, потребою першого етапу одужання є інтегральний розвиток різних сфер соціального рівня психіки. Для роботи нами виділені чотири сфери психіки: когнітивна, емоційна, мотиваційно-антиципаційна і поведінкова. Тоді розвиток соціального рівня психіки полягає в розвитку конкретно-наочного мислення, інтелектуальних і соціальних емоцій, ситуаційного прогнозування, здатності до цілеспрямованих дій. Також важливим на першому етапі одужання є забезпечення соціального середовища, яке приймає та підтримує. На наш погляд, в моделі терапевтичних співтовариств і програми "12 Кроків" забезпечується проходження саме цього етапу видужання.

Проте проходження першого етапу видужання виявляється недостатньо, оскільки нерозвинений особистісний рівень психіки залежної людини не дає можливості повноцінно адаптуватися в соціальному середовищі поза підтримкою співтовариства, отже, людина стає залежною від соціального оточення, що підтримує її. Так, наприклад, деякі члени АА заявляють, що справжнє життя відбувається в АА, а інша частина суспільства для них чужа. Залишивши товариство, що підтримує, такі люди, як правило, з часом повертаються до вживання алкоголю.

Другий етап видужання полягає в опрацюванні патологічних змін на соціальному і тілесному рівнях психіки з поступовим розвитком особистісного рівня. Вирішення інтро- та інтра- особистісних конфліктів дає людині можливість жити повноцінним соціальним і внутрішньо-особистісним життям, отримувати задоволення від своєї тверезості.

Наступним етапом у видужанні є розвиток здібностей до самоактуалізації і подальшого саморозвитку. Цей етап передбачає подальший розвиток в когнітивній, емоційній, мотиваційно-антиципаційній і поведінковій сферах психіки. Саме розвиток системного погляду на життя, відродження моральних почуттів і свідомості життя, постановку більш далеких цілей. Цей етап особистісного розвитку не є

обов'язковим для підтримки стабільної тверезості, тому немає необхідності включення його в систему обов'язкової терапії.

Відповідно до запропонованої схеми увесь процес одужання від алкогольної залежності можна умовно розділити на шість фаз (по дві фази на кожний з описаних етапів).

Фаза 1. Прийняття відповідальності за видужання. Цю фазу можна назвати вступною до всього процесу видужання. Завдання цієї фази в тому, щоб допомогти залежному: а) визнати наявність проблем у своєму житті, пов'язаних із вживанням алкоголю; б) визнати неможливість контролю над вживанням алкоголю; в) визнати наявність фізіологічних, психологічних, соціальних порушень і особистісних проблем; г) визнати необхідність самостійної роботи і професійної допомоги; д) навчитися утримуватись від вживання алкоголю та освоїти елементарні стратегії психічної і соціальної життєдіяльності, спрямовані на підтримку тверезості. Для роботи з клієнтами у межах цієї фази найбільше підходять поведінкові та навчальні види психотерапії, РЕПТ Эліса.

Фаза 2. Зупинка компульсії. Мета цієї фази – розвиток соціального рівня психіки і перехід його в структурі особистісної діяльності на провідне місце перед тілесним рівнем. Завдання цієї фази: навчання альтернативним конструктивним способам (копінгам) соціальної поведінки, ситуаційного планування, емоційного реагування і мислення. […] Для роботи в цій фазі також використовуються у більш поглибленій формі психотерапевтичні методи з першої фази. При роботі на перших двох фазах одужання не рекомендується зачіпати внутрішньоособистісні конфлікти та інші особистісні проблеми клієнтів, оскільки ще не сформовані внутрішні ресурси для їх вирішення.

При проходженні перших двох фаз і виведенні соціального рівня психіки в структурі діяльності на перший план залежна від алкоголю людина буде здатна залишатися тверезою тривалий час при належній організації зовнішнього середовища для підтримки тверезості. Наприклад, при регулярному відвідуванні зборів взаємодопомоги, проходженні особистої або групової терапії і/або кардинальній зміні системи взаємовідносин у сім'ї.

Фаза 3. Емоційна стабілізація. Головне завдання цієї фази – опрацювання і контроль актуальних внутрішньоособистісних і соціальних конфліктів, деструктивних психологічних патернів. Завданнями цієї фази є: розвиток навичок управління своїм внутрішнім станом, адаптивне спілкування з людьми поза системою підтримки тверезості, пошук і здобуття задоволення тверезим життям. У системі психокорекції можуть застосовуватися глибші методи роботи, чим на перших

двох фазах, наприклад, робота з проміжними переконаннями у межах когнітивної терапії, робота з ролями і функціями і т.д. Проте на цьому етапі слід уникати методів звернення до дитинства, глибокого занурення і опрацювання минулого досвіду.

Фаза 4. Соціальна стабілізація. Мета цієї фази – усвідомлення себе унікальною незалежною особистістю зі своїми власними цілями в житті і здійснення цих цілей (ідентичність в теорії Эріксона). Завданнями цієї фази є виявлення витоків психологічних конфліктів, опрацювання дитячих проблем і т.д. У психотерапевтичній практиці використовується робота з минулим (наприклад, ресинтез минулого в когнітивній або гештальттерапії, сценарний аналіз, прийоми психоаналітичної школи, наративний підхід).

При проходженні третьої і четвертої фаз одужання людина виробляє особистісні навички, що повністю знімають необхідність в алкоголі.

Вона живе повноцінним тверезим життям, не потребує постійної допомоги середовища, що підтримує тверезість (хоча бажана профілактика у вигляді регулярних консультацій або особистої терапії).

Фаза 5. Особистісна ідентифікація. Метою цієї фази є усвідомлення інших людей та всього світу як незалежних об’єктів зі своїми цілями і прагненнями і побудова взаємовідносин з ними, коли враховуються не лише свої інтереси, але й інтереси інших.

Кращою модальністю психотерапії для цієї фази є психотерапія гуманістичних шкіл, що ставлять своїми мішенями самоактуалізацію, особистісне зростання, розвиток конгруентності і т.д.

Фаза 6. Моральна стабілізація. Мета цієї фази – усвідомлення сенсу життя, подальше зміцнення повноцінних взаємовідносин із собою, оточенням, світом і Богом на осмисленій основі.

Модальність психотерапії – з екзистенціальним ухилом, спрямована на пошук смислової основи життя (як більш далекої мети). Проходження двох останніх фаз не є обов’язковим в системі відновлення особистості, оскільки вони спрямовані на вирішення завдань, що далеко виходять за межі алкогольної залежності, і торкаються питань, які зрештою повинна вирішувати для себе кожна людина (як "залежна", так і "незалежна").

[…]. Будучи апробованою в Дніпровському районному в місті Києві Центрі соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді, ІООР-модель може мати перспективу подальшого розвитку як еталон програм одужання від алкогольної та інших видів залежностей.

Загальні питання організації амбулаторної вечірньої соціально-психологічної реабілітаційної програми на базі центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді

[…] Центр соціально-психологічної реабілітації для залежних від алкоголю "Сенс" є структурним підрозділом служби соціально- профілактичної роботи Дніпровського районного у місті Києві центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.

Місія роботи центру: повернення людей, залежних від алкоголю, до повноцінного соціального і гармонійного психологічного тверезого життя.

Цілі реабілітації:

• стабілізація внутрішнього стану клієнта;

• навчання вирішенню життєвих завдань без вживання алкоголю;

• допомога у відновленні (здобутті) здатності отримувати задоволення від тверезого життя;

• навчання навичкам самостійного вибору шляху подальшого розвитку і видужання.

Завдання реабілітації:

• інформаційне консультування осіб, що звернулися з питань хімічної залежності;

• мотивування осіб, що звернулися за допомогою у вирішенні проблеми із вживанням алкоголю, на проходження реабілітації в центрі "Сенс";

• надання особам, що звернулися в центр, повної інформації про інші види допомоги хімічно залежним людям:

наркологічні служби, групи Анонімних Алкоголіків, інші реабілітаційні центри і т.д.;

• створення особам, що погодилися на проходження реабілітації (далі реабілітантам), сприятливішої для одужання психологічної атмосфери (психотерапевтичного середовища);

• забезпечення реабілітантів методичними матеріалами з видужання від алкоголізму;

• подолання деструктивних навичок і навчання конструктивним навичкам поведінки, цілепокладання, емоційного реагування, мислення;

• навчання стратегіям утримання від пияцтва;

• навчання конструктивним способам реагування в кризових, стресових та інших складних ситуаціях;

• психопрофілактична допомога реабілітантам в подоланні станів стресу;

• лекційне інформування про основи алкогольної залежності і одужання від неї;

• робота з розвитку комунікативних навичок;

• робота з розвитку соціальної адаптації реабілітантів;

• психологічна консультаційна робота з найближчим соціальним оточенням;

• робота в напрямку підключення людей з найближчого оточення до відповідних програм допомоги співзалежним;

• допомога в розробці планів подальшого видужання і особистісного розвитку;

• постреабілітаційна підтримка.

Також в центрі проводиться:

• науково-дослідна робота і співпраця з відповідними науково-дослідними установами; просвітницька робота з населенням; корекція діючих і розробка нових реабілітаційних заходів; моніторинг новітніх досягнень в соціальній психотерапії залежностей і при необхідності їх впровадження в реабілітаційну практику центру.

Реабілітаційні заходи в центрі. Одним з основних чинників ефективності реабілітації від хімічної залежності є її тривалість. Ми вважаємо, що курс соціально-психологічної реабілітації (включаючи обов'язковий підтримувальний етап) від алкогольної залежності повинен мати тривалість не менше 2-3 років, і наша думка корелює з іншими авторами.

Реабілітація в центрі "Сенс" проходить в два етапи: перший триває три місяці, наступний – дев'ять місяців.

Перший етап реабілітації відповідає першій фазі видужання в ІООР-моделі "Прийняття відповідальності за видужання". Його терапевтичними мішенями є: подолання афектів, що є певними блоками (тривоги, провини, сорому і т.д.), подолання азоногнозичних установок і формування установок відповідальності за своє видужання, формування альянсу із співробітниками центру, формування життєвих стратегій в підтримці тверезості. Хоча час проходження першої фази в моделі ІООР суто індивідуальний для різних типів клієнтів, для тих людей, з якими переважно відбувається робота в центрі (алкогольна залежність середини і кінця 2-ї стадії в класифікації Стрельчука, або 2-ї і 2-3-ї стадії в адаптованій класифікації Іванця, γ -алкоголізм по Джелінеку, цей термін був визначений в процесі практичної роботи як оптимальний. Такий термін узгоджується з даними за тривалістю гострого періоду постабстинентного синдрому [15], а також з практичним досвідом співтовариства АА (правило "90 днів-90 зборів").

Заняття у рамках першого етапу реабілітації проходять з понеділка по п'ятницю у вечірній час з 17:00 до 20:30, що дає можливість реабілітантам поєднувати проходження реабілітації з багатьма робо-

чими графіками. Як виняток, тим, у кого графік роботи "доба-троє", за взаємною домовленістю дозволяється пропускати кожен четвертий день реабілітації з обов'язковим виконанням самостійної роботи. Такий інтенсивний графік реабілітаційних занять вибраний внаслідок гострого протікання в цей період у реабілітантів постабстинентного синдрому (ПАС), який є одним з найбільш вагомих чинників, що перешкоджають формуванню ремісії на коротких (до 1 року) термінах одужання. Гострий період ПАС якраз і становить три місяці. Саме в цей час людям, що видужують від алкогольної залежності, потрібна постійна інтенсивна психологічна підтримка.

Психотерапевтичними заходами, спрямованими на досягнення цілей ***першого етапу реабілітації***, є:

Дискусійна (власне терапевтична) група. На цій групі реабілітанти можуть обговорити свої життєві питання, які їх турбують, отримати зворотний зв'язок від інших членів групи і від ведучого. На цій групі присутні також реабілітанти, що знаходяться на другому етапі реабілітації.

Група сімейної терапії – дискусійна група, на якій присутні самі реабілітанти та їх родичі, і де є можливість опрацювати сімейні проблеми. На цій групі присутні також реабілітанти, що знаходяться на другому етапі реабілітації.

Заняття з ведення щоденника "самоаналізу". Заняття спрямоване на виявлення і аналіз деструктивних стратегій поведінки (цілепокладання, емоційного реагування, мислення) і вироблення нових конструктивних стратегій.

Інформаційне заняття висвітлює основні питання алкогольної залежності і видужання від неї.

Збори Терапевтичного Співтовариства (ЗТС) – заняття, присвячене тижневому аналізу протікання реабілітаційного процесу і ставленню до нього кожного з реабілітантів, а також обговоренню загальних і конфліктних питань реабілітаційного процесу.

Заняття з написання мотиваційно-аналітичних завдань та їх обговорення призначені для усвідомлення власних проблем, пов'язаних з алкогольною залежністю, і постановки цілей, спрямованих на їх вирішення.

Група профілактики зриву – заняття з відстеження та ліквідації симптомів, що ведуть до рецидиву. На цій групі присутні також реабілітанти, що знаходяться на другому етапі реабілітації.

Тренінг комунікативних навичок – заняття спрямоване на виявлення деструктивних навичок спілкування і вироблення конструктивних.

Фільмотерапія – перегляд тематичних фільмів з їх подальшим груповим обговоренням.

Збори групи АА – двічі на тиждень реабілітанти центру відвідують групу АА "Лівобережна", з якою центр тісно співпрацює.

Після закінчення реабілітації залежні мають можливість вибрати альтернативний спосіб подальшої підтримки своєї тверезості у рамках співтовариства АА.

Основними психотерапевтичними заходами ***другого етапу реабілітації*** (одужання, що відповідає другій фазі в IOOP-моделі "Зупинка компульсії") є: обов'язкове відвідування терапевтичної групи, що проходить раз на тиждень і побудована за принципом тренінгу особистісного зростання (тривалість 3,5 години), відвідування як мінімум двох з трьох занять на тиждень (дискусійної терапевтичної групи, групи сімейної терапії, групи профілактики зриву). Рекомендується також відвідування зборів співтовариства "Анонімні Алкоголіки" два рази на тиждень.

Третій етап реабілітації, що відповідає проходженню третьої фази одужання "Емоційна стабілізація", знаходиться у стадії розробки, але, ймовірно, він триватиме близько року, а його основою будуть терапевтичні групи, орієнтовані на опрацювання особистісних конфліктів.

Загальні характеристики людей, що приймаються на реабілітацію. Центр реабілітації залежних від алкоголю "Сенс" не є медичною установою, і в ньому не вирішуються проблеми медичного (психіатричного) характеру. Алкогольна залежність в програмі реабілітації розглядається як функціональний розлад психіки і порушення системи соціальних стосунків, тому в центрі проводяться заходи виключно соціально-психологічного характеру і застосовуються методи соціальної психотерапії (і повністю виключається медикаментозна психотерапія). Це накладає свої обмеження на тих людей, що приймаються в реабілітацію. У програму реабілітації після первинного консультування допускаються люди:

• що мають намір вирішити свою проблему зловживання алкоголем;

• погоджуються з правилами та планом реабілітації і можуть їх дотримуватися;

• не в стані гострого абстинентного синдрому (у разі гострої абстиненції рекомендується звернутися за медикаментозною допомогою у відділення КМНКЛ "Соціотерапія", а після детоксикації приступити до реабілітації);

• здатні відмовитися на час реабілітації від вживання алкоголю;

• у віці від 18 років;

• без коморбідних ендогенних психічних розладів, психотичного і психопатичного регістру, що не потребують медикаментозної психіатричної допомоги (в цьому випадку рекомендується звернутися у відповідні психіатричні служби).

На первинній консультації після необхідного інформування про основні механізми алкогольної залежності і проведеної мотиваційної роботи людину знайомлять з умовами і можливостями проходження реабілітації в центрі.

При згоді на проходження реабілітації людину знайомлять із правилами центру, а також дається тиждень для перевірки її належної мотивації і для знайомства із заняттями реабілітації. Одночасно в центрі можуть проходити реабілітацію максимум дев'ять осіб.

При згоді на подальше проходження реабілітації з нею підписують контракт. При відмові проходити реабілітацію клієнта знайомлять з альтернативними шляхами вирішення проблеми і надають інформацію про місце, де можна це зробити.

Приводами для відрахування з реабілітаційного центру можуть бути описані в контракті порушення, а також інші непередбачені контрактом обставини, внаслідок яких проходження реабілітації цією людиною може зашкодити іншим реаблітантам або їй самій. Після успішного проходження першого етапу реабілітації і при бажанні реабілітанта продовжувати реабілітацію з ним підписують контракт про проходження другого етапу реабілітації.

Колектив центру. У центрі працюють чотири фахівці, один з яких виконує адміністративні функції (головний фахівець служби соціально-профілактичної роботи), інші троє організовують реабілітаційний процес і проводять психотерапевтичні заходи. До роботи центру притягуються також волонтери з людей, що пройшли реабілітацію і знаходяться в стані якісної ремісії, а також інші фахівці соціальної служби.

Основні принципи і прийоми психотерапевтичної роботи в процесі реабілітації осіб, що мають алкогольну залежність

Психотерапевтична робота з алкозалежними людьми має свої особливості. Серед основних особливостей алкозалежних клієнтів, що відрізняють їх від інших клієнтів соціальної служби, і які заважають психотерапевтичній роботі, виділяють:

• "патологічну брехливість" людей з алкогольною залежністю;

• ефект анозогнозії (заперечення хвороби);

• тенденцію до симбіотичних стосунків і формування залежних стосунків (у тому числі від психотерапевта і від терапевтичної групи);

• нездатність брати відповідальність за вирішення своїх проблем на себе;

• високий рівень інфантильності особистості;

Таким чином, фахівець, що працює з алкозалжними, має бути готовий до певних проявів клієнтів: маніпулювання і брехливості; амбівалентної мотивації; невизнання своїх проблем; тенденції до злиття або, навпаки, до агресивності і розриву стосунків; до безвідповідальності (як у розумінні нездатності нести відповідальність за свою поведінку і вирішення проблем, так і в розумінні дисциплінованості і організованості); до дитячих реакцій і світогляду. Це створює особливі труднощі для консультантів і психотерапевтів порівняно з іншими областями психологічного консультування і терапії.

[…] виділяються також наступні: 1. Люди, залежні від алкоголю (особливо на пізніх стадіях розвитку залежності), виявляються не дуже здатними до абстрактного (формально-логічного) і конкретно-наочного мислення. Так, людині, що пила велику частину свого життя, складно згадати декілька конкретних прикладів того, як вона випивала! З точки зору ІООР-підходу, це пояснюється домінуванням тілесного рівня психіки і, відповідно, переважанням доопераційного мислення з механізмами дихотомії і надгенералізації. Ярлики "завжди і все" переважають над спогадами "коли конкретно і що конкретно". Це дуже важливий чинник для вибору стилю психотерапії. У роботі з алкозалежними клієнтами в цьому випадку слід уникати формалізованих інтерпретацій, акценту на логічне розуміння, систематизацію досвіду і застосування метафор. У терапії повинні переважати наочна робота (конкретні приклади з життя клієнта, інших людей, можливо навіть вигадані), прийоми конкретизації і диференціації узагальненого досвіду (замість декларованого "пив завжди" попросити згадати декілька конкретних прикладів, коли напився).

Також треба пам’ятати, що залежні від алкоголю люди схильні до міфологізації і моралістики, тому бесіди на "духовні" і "морально-етичні" теми небажані.

2. Емоційна сфера адиктів характеризується переважанням дитячих афектів, що слабо контролюються, тому в роботі з емоціями повинні переважати прийоми не "занурення" в емоції, а навчання навичкам прийняття (себе, людей, світу), усвідомлення емоцій і їх корисності-некорисності в конкретній ситуації, створення системи емоційної підтримки. Загалом, замість "глибокої і точкової" роботи з емоційною сферою більше потрібна "широка і поверхнева" робота.

3. Робота з алкозалежними ускладнюється тим, що вони переживають дуже сильно почуття сорому і провини, а одне з першочергових

завдань фахівця – звільнити їх від цих почуттів. Зважаючи на наявність цих негативних почуттів, здатність самоприйняття у алкозалежних дуже слабка, тому слід уникати прямих інтерпретацій (коли відповідальність за проблему і її вирішення безпосередньо перекладається на людину – схоже з "генетичними" інтерпретаціями в психоаналізі). Бажано використовувати сторонні приклади і "наглядові інтерпретації", коли формулюється проблема і показується людині наче з боку, а відповідальність за неї він бере в тій мірі, в якій здатний взяти самостійно (схоже з інтерпретацією примітивних захистів в психоаналізі).

4. У людей, залежних від алкоголю, складні "стосунки з часом", що відображається на мотиваційній і антиципаційній сфері. Вузька "часова перспектива" призводить до того, що мотивації "тут і зараз" переважають над мотиваціями "там і потім". Наприклад, позитивні ефекти від пияцтва "зараз" суб'єктивно набагато реальніші, ніж негативні наслідки від нього "потім". Як іншій приклад можна привести те, що для алкозалежної людини негативні ефекти від роботи над собою "зараз" суб'єктивно сильніші за позитивні ефекти від неї "потім" (як наслідок, відсутність мотивації щось робити для свого видужання). Також необхідно враховувати в роботі характерний для алкозалежних психологічний ефект втечі в "тут і зараз". Незрілість антиціпаційної сфери ускладнює елементарне прогнозування своїх дій і пов'язані з цим проблеми.

В роботі із залежними необхідно створювати високий "потенціал" їх зацікавленості в роботі "тут і зараз", а також робити обов'язковий акцент на розвиток антиципаційних здібностей (прогнозування, планування, цілепокладання та ін.)

5. Здібності до запам'ятовування та інші функції пам'яті у алкозалежних порушені. Тому терапевт має бути готовий до багаторазового опрацювання одних і тих самих проблем (і багаторазового їх "усвідомлення" клієнтом). Необхідний матеріал має бути наданий в різноманітній формі, що дублює одна одну.

У стратегії психотерапевтичної роботи необхідно враховувати усі ці особливості, а також те, що людей з алкогольною залежністю за тяжкістю психологічної дезадаптації можна віднести до категорії людей з "прикордонними" порушеннями, що наближаються до психопатичного континууму. Згідно з цим нами були розроблені наступні рекомендації до стилю роботи фахівця, яких необхідно дотримуватися на першому етапі видужання (перші три місяці):

1. Активність і директивність терапевта. Найбільш прийнятним стилем на першому етапі видужання є стиль активності терапевта,

запропонований в раціонально-емотивній поведінкової терапії Эліса. Алкозалежні на першому етапі видужання мають низьку мотивацію до роботи, і при менш активному і директивному стилі терапевта робота клієнтів дезорганізується.

2. Підтримка (мінімізація фрустрацій) як стиль терапії. Без високого рівня підтримки і безпечної атмосфери буде неможливо подолати сильне почуття незахищеності реабілітантів і залучити їх до роботи.

3. Структурованість психотерапії. Алкозалежні клієнти характеризуються підвищеним рівнем тривоги, і неструктурований стиль роботи, що використовується у багатьох школах психотерапії, призводить до підвищення цієї тривоги і до зриву терапії.

4. "Обхід" захисту та опору. Деякий захист і опір у людей з алкогольною залежністю може бути трохи не останнім безальтернативним механізмом захисту від нищівного почуття неповноцінності. Тому спочатку увагу слід приділяти напрацюванню нових, більш адаптивних механізмів захисту, а вже тільки потім подоланню старих (наприклад, перед інтервенціями на визнання хвороби слід "пропрацювати" почуття провини, пов’язане з цим). При виникненні опору під час роботи, якщо це, звичайно, торкається непринципових питань (що не ведуть безпосередньо до рецидиву), краще відразу ухилятися від подальшої роботи в цьому напрямі і переходити на інші області, що викликають менший опір.

5. "Наглядові" інтерпретації і конфронтації. Низький рівень самоприйняття у алкозалежних вимагає підбору техніки психологічної роботи, в якій клієнтові демонструвалася б його проблема без відношення до нього особисто, а вибір ототожнення із собою залишався б за самою людиною.

6. Конкретизація і наочність. У психологічній організації діяльності в алкозалежних людей профіцитарним є допредметний рівень і дефіцитарним предметний рівень. Тому для формування предметного рівня діяльності потрібна велика кількість конкретних прикладів і наочних інтерпретацій. На початкових етапах роботи слід уникати формалізованих пояснень або супроводжувати їх великою кількістю наочних прикладів.

7. Соціалізація (відкритість і чесність) в роботі. У роботі з алкозалежними слід уникати якої-небудь двозначності або незрозумілості механізмів впливу, оскільки це підвищує тривогу і блокує роботу (аж до повної відмови). Тому робота з алкозалежними повинна супроводжуватися інформаційними матеріалами, що пояснюють суть проблеми, принципи роботи з нею і т.д.

8. Налаштування на позитивні цілі. Проблемо-центрована робота з алкозалежними ускладнена: а) високим рівнем анозогнозії; б) інтернальним локусом контролю, що примушує бачити джерело проблем в оточенні, а також низьким рівнем самоприйняття, що не дозволяє вважати ці проблеми своїми; в) поверхневим баченням своїх проблем; г) загальною "нерозвиненістю" особистості.

Отже, орієнтир в терапії має бути сконцентрований на позитивному розвитку (зростанні) особистості. У зв'язку з цим, у роботі краще орієнтуватися не стільки на вирішення проблем, скільки на досягнення позитивних цілей (наприклад, не кинути пити, а вчитися жити тверезим).

9. Безумовне прийняття. Люди з алкогольною залежністю соціально "відчужені" і гостро потребують соціального прийняття, тому рівень прийняття реабілітантів фахівцями має бути досить високий. Проте прийняття в жодному разі не означає м'якість і податливість; така позиція може привести до маніпуляцій з боку клієнта і в результаті до провалу роботи.

Прийняття в роботі із залежними має бути схоже з позицією "суворого батька, що приймає" (саме цієї фігури, як правило, не діставало свого часу в житті більшості залежних), а не з позицією "м'якої матері, що приймає", надмірна турбота якої і була одним з чинників формування залежності. Тобто в роботі із залежними позиція м'якого терапевта виключається, а надається перевага авторитетній позиції "жорсткого" прийняття.

Особливості організації групової терапії для алкозалежних в умовах відкритих груп

Практика показує, що найбільш продуктивною формою роботи з людьми, залежними від алкоголю, є групова форма роботи. Вона може проводитися у вигляді дискусійних терапевтичних груп, поведінкових і соціально-психологічних тренінгів, мотиваційно-інформаційних групових занять та інших форм групової терапії.

[…] Одним з перших, хто застосував цілющий ефект групи до вирішення проблеми алкогольної залежності, було співтовариство АА. Пізніше була доведена ефективність професійної групової роботи із залежними.

[…] чинники, що мають терапевтичний вплив на клієнтів під час групової роботи […]:

• катарсис – полегшення внутрішнього стану через вербалізацію своїх проблем;

• універсальність переживань – зникає відчуття унікальності своїх проблем через усвідомлення схожості їх з проблемами інших людей;

• участь в інтерперсональних стосунках – зникають почуття самотності, ізоляції та інші, пов'язані з комунікаційною депривацією, за допомогою участі у груповій дискусії;

• навіювання надії – усвідомлення можливості вирішити власні проблеми за допомогою спілкування з людьми, що вже вирішили їх;

• імітаційна поведінка – вибір позитивного образу поведінки серед учасників групи або ведучого і неусвідомлене наслідування йому;

• отримання достовірної інформації – головним джерелом інформації в групі повинен бути терапевт;

• розвиток здорової соціалізованої техніки – через засвоєння встановлених норм спілкування в групі відбувається позитивний розвиток власних комунікаційних здібностей.

Водночас позитивний вплив деяких чинників в груповій роботі з "не хімічно залежними" ставиться нами під сумнів. Одним з таких чинників є групова згуртованість. За нашими спостереженнями, на початкових стадіях одужання група залежних має тенденцію до об'єднання через "залежні" або "патологічні" частини особистості, що призводить до групового саботажу видужання. Тому не має сенсу проводити посилену роботу над об'єднанням групи, а в деяких випадках навіть варто робити інтервенції на зменшення групової згуртованості, свідомо поділяючи групу на два угрупування: тих, що "активно видужують" і таких, що "чинять опір одужанню". […]. Інтервенції на групову згуртованість робляться на другому етапі реабілітації, коли з'являється можливість згуртувати групу, опираючись на нормативні, "здорові" частини особистості.

Наступний чинник, з впливом якого треба бути обережним, – це прояв клієнтами альтруїзму. Для алкозалежних людей характерним є розвиток співзалежних патернів поведінки, одним з яких є патологічне зневажання власними проблемами заради вирішення чужих проблем. Тому важливим у видужанні залежних людей є розвиток навичок взяття відповідальності за своє видужання і прояв "здорового егоїзму".

[…]. Ми вважаємо, що час для роботи з проблемами дитинства і корекції впливу батьківської сім'ї прийде не раніше, ніж через декілька років одужання. Передчасне звернення до цієї теми може призвести до негативних результатів. […].

Також слід бути уважним при груповій роботі з чинником зворотного зв'язку. Люди, що страждають залежністю, мають тенденцію давати досить деструктивний зворотний зв'язок як за формою, так і за змістом. Тому терапевтові слід обмежувати деструктивний зворотний

зв’язок, заохочувати конструктивний, проводити інтервенції щодо навчання конструктивним формам зворотного зв’язку, давати власний зворотний зв’язок (який в деяких випадках може протистояти думці усієї групи).

Враховуючи це, можна зробити висновок про необхідність активної і директивної позиції терапевта в груповій роботі на початкових стадіях одужання клієнтів. Валентик Ю. В. вказує на те, що терапевтові при роботі із залежними необхідно бути більш директивним, ніж при подібній роботі з мотивованими клієнтами з "прикордонними" розладами. Досвід нашої роботи показує, що найбільш прийнятним при розподілі активності між терапевтом і усією іншою групою являється відношення 50:50. Це зближує такий стиль роботи із стилем раціонально-емотивної поведінкової терапії. Окрім активно-директивної позиції, керівникові групи слід брати на себе роль головного експерта у вирішенні питань, бути зразком для наслідування і фасилітувати групову роботу.

У роботі центру "Сенс" використовується модель груп відкритого типу, коли нові учасники можуть входити в реабілітаційний процес на будь-якому етапі роботи групи. Це накладає істотні обмеження на роботу з груповою динамікою. Відомо, що при роботі з групою найчастіше визначають чотири фази її розвитку: адаптації, активної напруги, стійкої працездатності, розпаду. У відкритій групі такий розвиток групової динаміки практично неможливий. У такому разі, при роботі з груповою динамікою головне завдання терапевта – це утримання рівня розвитку групи "між" першою і другою фазами. В цьому випадку група, з одного боку, не відторгає новачків, які можуть включитися в її роботу.

З іншого боку, клієнти після закінчення першого етапу реабілітації виявляються здатними до роботи на другому етапі, де рівень розвитку групи підтримується терапевтом приблизно "між" другою і третьою фазами групової динаміки. Таке "заморожування" групової динаміки є істотною відмінністю роботи відкритої групи від роботи в закритих групах, де терапевт працює з розвитком групової динаміки в сформованій групі, що не змінює свій склад.

Основні завдання, що відносяться до питань групової динаміки, які необхідно вирішити терапевтові на першому етапі реабілітації:

• робота з особистісною тривогою учасників групи, пов’язаною з початком реабілітаційного процесу;

• первинна діагностика, формування стилю роботи і стосунків з кожним окремим реабілітантом і усією групою в цілому;

• подолання скептицизму і ворожості до процесу реабілітації;

• допомога реабілітантам в усвідомленні своїх бар'єрів в спілкуванні і конструктивному опрацюванні цих бар'єрів;

• демонстрація конструктивних способів спілкування і вирішення міжособистісних конфліктів;

• робота з агресивністю (найкращим способом є прийняття агресивного удару на себе з подальшою демонстрацією конструктивного виходу із конфлікту).

Основним завданням спеціаліста, що належить до питань групової динаміки, на другому етапі реабілітації є продовження вирішення деяких завдань першого етапу (допомога в усвідомленні бар'єрів в спілкуванні, заохочення відкритості і активності, демонстрація конструктивних способів вирішення конфліктів). Крім того, з'являються ще й наступні завдання:

• фасилітація сприйняття конфліктів (як внутрішньоособистісних, так і міжособистісних) як сходинки для переходу на вищі рівні зрілості;

• подальше заохочення відкритості і активності учасників групи;

• робота з об'єднанням групи;

• фасилітація ширшої міжгрупової взаємодії.[…]

Принципи роботи амбулаторної соціально-психологічної реабілітації осіб залежних від алкоголю: Науково-методичний посібник / В.О. Іванов, Ю.М. Безсмертний, Д.Ю. Старков – К.: ПАТ "Віпол", 2013. – С. 7-37.

Валентик Ю., Ю.Валентик

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

[…] С распространением наркомании увеличивается вероятность столкновения детей 7–12 лет с наркотическими веществами, а последствия употребления наркотиков в раннем возрасте оказываются более серьезными. Это обуславливает необходимость не только усиления мер, направленных на предупреждение употребления ПАВ, но и разработки дифференцированных программ реабилитации для несовершеннолетних. При этом следует подчеркнуть, что очень часто употребление ПАВ несовершеннолетними является симптомом жизненного – личностного или социального (семейного) неблагополучия, по крайней мере, поначалу. Это предполагает

приоритет педагого-психологических воздействий при решении данной проблемы.

При раннем столкновении несовершеннолетних с ПАВ у них катастрофически быстро формируется установка на дальнейшую наркотизацию и одновременно останавливается личностный рост, разрушаются ценностные ориентации, нарушаются семейные отношения. У подростков и молодежи разрываются или деформируются связи с их ближайшим позитивным социальным окружением и появляется реальная угроза оказаться в социальной изоляции. Нередко затруднено последующее образование семьи и рождение потомства, устанавливаются устойчивые отношения с наркоманическим и даже криминальным окружением. В целом жизненная ситуация, в которой находится несовершеннолетний, также становится безысходной, поскольку болезнь практически прекращает его социальный прогресс, уровень его образования низок, затрудняется профессиональная ориентация и овладение специальностью, появляется криминальный анамнез и проблемы с законом.

Перечисленные социальные и психологические проблемы показывают, что чисто медицинский подход и ограниченные лечебные мероприятия принципиально не в состоянии обеспечить практическое выздоровление несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ и зависимых от ПАВ, и их успешную интеграцию или реинтеграцию в общество. Это конечная цель достижима, если период собственно отказа от наркотика и активного лечения дополняется длительным реабилитационным периодом, благодаря которому восстанавливается способность полноценно функционировать в обществе.

Мировая практика показывает, что для реабилитации лиц с зависимостью от психоактивных веществ успешно применяются программы, базирующиеся на принципах "терапевтических сообществ" (Jones T., 1996). В общем, такого рода терапевтические сообщества определяются как свободная от ПАВ среда, где люди с проблемами зависимости живут вместе организованным и структурированным образом, готовясь к предстоящей жизни без ПАВ во внешнем обществе. В настоящее время терапевтические сообщества для наркоманов образуют спектр более чем из 500 резидентских программ (то есть со стационарным пребыванием). Из них наиболее известны программы Daytop Village, Phoenix House, Getway House. Основной терапевт и учитель в ТС – само сообщество, которое состоит из людей равных друг другу, а штатный персонал выполняет роль проводника в процессе выздоровления. Тем не менее успешные

для реабилитации зависимых от ПАВ взрослых традиционные терапевтические сообщества с жестким режимом, основанным на авторитарности (первый тип), постоянно критикуются, как не вполне подходящие для реабилитации дезадаптированных детей, злоупотребляющих ПАВ.

Реабилитация несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами, рассматривается как система воспитательных, психологических, образовательных, медицинских, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на отказ от психоактивных веществ, с формированием устойчивой антинаркотической направленности личности, на их ресоциализацию и реинтеграцию в общество. То есть содержание реабилитации определяется не только самим заболеванием, но и возрастом, к которому относится ее формирование. Существенным является тезис о том, что потенциал развития ребенка велик и по мере структурирования и раскрытия личности многие возрастные проблемы снимаются естественным образом. Это, в определенном смысле, устраняет основания для последующей наркотизации и приема других ПАВ.

Принципиальным является положение о том, что реабилитация несовершеннолетних, злоупотребляющих наркотиками и другими ПАВ, является комплексной, но в значительной степени педагогической (воспитательной) деятельностью и должна осуществляться бригадой специалистов – педагогов, психологов, медицинских и социальных работников. Создание необходимых условий для личностного роста и социализации ведет к компенсации состояния и возвращает несовершеннолетнего к нормативному жизненному циклу в обществе.

В качестве цели реабилитации рассматривается возвращение несовершеннолетнего к жизни в обществе на основе восстановления физического и психического здоровья, отказа от психоактивных веществ, восстановления (или формирования) его нормативного личностного и социального статуса.

Достижение указанной цели осуществляется с помощью решения конкретных задач реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ.

Основными задачами реабилитации являются:

1. Формирование у несовершеннолетнего мотивации (установки) на окончательный отказ от употребления наркотиков и других ПАВ.

2. Формирование осознанной мотивации на включение в реабилитационный процесс и последующее участие в нем.

3. Коррекция и развитие структуры личности несовершеннолетнего через обеспечение позитивного личностного развития и приобретения социальной компетентности путем функционирования в условиях реабилитационной среды.

4. Создание в реабилитационном учреждении для несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ, реабилитационной среды, влияющей на восстановление и формирование социально приемлемых личностных и поведенческих навыков (качеств), способствующих их реадаптации и ресоциализации.

5. Осуществление воспитательной и образовательной деятельности на всех этапах реабилитации с учетом особенностей несовершеннолетних, злоупотребляющих ПАВ.

6. Осуществление комплекса терапевтических мероприятий, направленных на дезактуализацию патологического влечения к ПАВ, устранение психических и соматических нарушений, предотвращение срывов и рецидивов.

7. Реорганизация жизненной среды, восстановление семейных отношений, коррекция взаимоотношений с основными значимыми другими лицами, на основе работы как с самим несовершеннолетним, так и с его ближайшим социальным окружением.

8. Формирование реальной жизненной перспективы на основе продолжения образования, развития трудовых навыков, правовой защиты и обеспечения социальной поддержки несовершеннолетнего.

Решение задач подобного рода начинается с диагностики, в процессе которой оценивается потенциал здоровья и личности несовершеннолетнего, злоупотребляющего ПАВ, его возможностей, с учетом сложившейся жизненной ситуации, возможностей социального взаимодействия с ЗДЛ и системы социальной поддержки, в которые он включен, то есть с учетом его реабилитационного потенциала (далее – РП). Это динамическая клиническая диагностика, а также личностная и социальная характеристика, пронизывающая все стадии формирования зависимости от ПАВ и социального функционирования реабилитируемого, меняющаяся пропорционально интенсивности и долгосрочности реабилитационного процесса. Уровень РП – характеристика, позволяющая дифференцированно и оптимально использовать потенциальные возможности ребенка или подростка и реабилитационной среды, реабилитационных программ и технологий.

Реабилитация предполагает использование следующего ряда принципов при ее реализации.

Добровольное согласие на участие в реабилитационных мероприятиях. Данный принцип предполагает получение согласия несовершеннолетнего реабилитанта (или его законного предста-

вителя) на участие в реабилитационном процессе. Согласие целесообразно зафиксировать подписанием между несовершеннолетним (или его законным представителем) – с одной стороны и реабилитационным учреждением – с другой, договора или контракта, с указанием прав и обязанностей сторон, условий, по которым возможно досрочное расторжение договора.

Прекращение приема ПАВ. Принципиальным является формирование мотивации (установки) пациента на полный отказ от всех основных видов ПАВ.

Конфиденциальность. Все участники реабилитационного процесса должны уважать право ребенка на неразглашение информации относительно его участия в реабилитации. Передача информации третьим лицам возможна только с согласия самих несовершеннолетних или их законных представителей, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

Системность реабилитационных мероприятий. Реабилитационные программы строятся на объединении и координации комплекса воспитательных, образовательных, психологических, медицинских и иных реабилитационных мероприятий и на интеграции усилий всех заинтересованных лиц. Системность реабилитационного процесса обеспечивается согласованными усилиями специалистов различного профиля, взаимодействующих в одной структуре (команде, бригаде).

Этапность реабилитационных мероприятий. Процесс реабилитации строится поэтапно с учетом объективной оценки реального состояния несовершеннолетнего и его закономерной динамики. Выделяются следующие основные этапы реабилитации: начальный (вхождение в реабилитационную программу), развернутый, завершающий (выход из реабилитационной программы).

Позитивная направленность реабилитационных мероприятий. Позитивно ориентированным воздействиям отдается приоритет перед негативно ориентированными санкциями и наказаниями. Вместо хронических конфликтных взаимоотношений с нормативным социумом у несовершеннолетних вырабатывается позитивная личностная направленность. Это достигается путем ориентации реабилитационных мероприятий на принятие, поддержку, поощрение. Создается атмосфера, обеспечивающая личностный рост и развитие.

Ответственность. В ходе реабилитационного процесса несовершеннолетние становятся все более самостоятельными, обучаются принятию и осуществлению ответственных решений, освобождаются от гиперопеки. Большое значение имеет самостоятельное ответственное решение об отказе от ПАВ.

Включение в реабилитацию основных значимых других лиц (ЗДЛ). Этот Принцип предполагает консультирование; диагностику и коррекцию проблем, существующих у членов семьи и ЗДЛ из ближайшего окружения несовершеннолетних. Участие ЗДЛ в процессе реабилитации специально оговаривается в контракте для работы с реально существующими проблемами.

Реорганизация жизненной среды и формирование реабилитационной среды. Предполагается осуществление многосторонней поддержки социально-приемлемого поведения и соответствующих изменений образа жизни несовершеннолетнего через воздействие на все компоненты жизненной среды. Сам по себе процесс реабилитации требует создания специальной реабилитационной среды, оказывающей терапевтическое воздействие на несовершеннолетнего.

Дифференцированный подход к реабилитации различных групп несовершеннолетних. Предполагается наличие спектра дифференцированных реабилитационных программ и включение в них несовершеннолетнего с учетом его реабилитационного потенциала и в соответствии с показаниями и противопоказаниями.

Непрерывная поддержка несовершеннолетнего. Несовершеннолетнему, злоупотребляющему ПАВ, оказывается комплексная социальная и личностная поддержка как на протяжении периода участия в реабилитационной программе, так и после ее завершения.

В структурном отношении процесс реабилитации делится на три взаимосвязанных блока:

- предшествующий основной программе реабилитации;
- основная программа реабилитации;
- реализуемый после завершения основной программы реабилитации.

Блок, предшествующий основной программе реабилитации

Основная цель мероприятий, осуществляемых в этом блоке, – консультирование и мотивационные воздействия.

Несовершеннолетние, злоупотребляющие ПАВ, могут получить консультативную помощь в самых различных структурах. К ним относятся:

- специальные консультативные пункты;
- телефоны доверия;
- комиссии по делам несовершеннолетних;
- образовательные учреждения;
- медицинские учреждения (как специализирующиеся, так и не специализирующиеся в оказании помощи несовершеннолетним, злоупотребляющим ПАВ. При этом особое значение имеет

организация консультативной помощи и проведение мотивирующих воздействий в учреждениях, оказывающих наркологическую или психиатрическую помощь, помощь при отравлениях, инфекционных заболеваниях);

- учреждения социальной помощи;
- организации, занимающиеся уличной работой;
- места досуга;
- общественные организации;
- группы само- и взаимопомощи;
- СМИ.

Немалое значение имеет также информация, циркулирующая среди самих потребителей ПАВ.

Для оказания консультативной помощи должна быть подготовлена печатная продукция, содержащая соответствующую информацию. Работники учреждений и организаций в ходе проведения специальных тренингов и раздачи учебных пособий должны быть подготовлены к оказанию консультативной помощи несовершеннолетним и осуществлению мотивирующих воздействий.

Блок основной программы реабилитации

Важно сформировать реабилитационную бригаду, способную помочь несовершеннолетним решать проблемы медицинского, психологического и социального характера, связанные со злоупотреблением ПАВ. […] Члены бригады (педагог, врач, психолог, социальный педагог, социальный работник) обязаны четко представлять границы своих профессиональных возможностей и подготавливать почву для постепенного перехода реабилитируемых несовер-шеннолетних лиц от медико-психологического этапа к социальному этапу реабилитации.

Реабилитация несовершеннолетних может осуществляться как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Предпочтение следует отдавать проведению резидентской реабилитации подростков в условиях стационарного реабилитационного центра (РЦ). Программа реабилитации включает следующие компоненты:

1) организация реабилитационной среды;
2) психотерапевтический (психокоррекционный);
3) воспитательный;
4) образовательный;
5) социо-терапевтический.

Организация реабилитационной среды

Реабилитационная среда (РС) создается для обеспечения терапии средой, при которой сам характер функционирования РЦ

оказывает психокоррекционное воздействие. Деятельность РЦ, реализация в нем программы реабилитации осуществляются на основе внутреннего распорядка, определенного положением о РЦ и его уставом. В РЦ создается и действует основной корректирующий механизм РС – коррекция поведения и личности в ходе совместного проживания. Работа РЦ как эффективной реабилитационной терапевтической среды строится через особые совместные мероприятия: общие и групповые собрания; процедуры приема новых пациентов, перехода пациентов с этапа на этап реабилитации или в соответствии с внутренней иерархией.

Используются четкие правила, содержащие ряд ограничений, поощрений и наказаний.

Функционирование РС предельно структурировано, день заполнен множеством видов социально-полезной активности.

Психотерапевтический (психокоррекционный) компонент. Психотерапевтическая (психокоррекционная) работа может быть индивидуальной или групповой. Групповая психотерапевтическая (психокоррекционная) работа может осуществляться как в рамках одной большой группы, включающей всех членов сообщества, так и в закрытых малых группах. Преимущество отдается развивающим групповым психотерапевтическим (психокоррекционным) методикам, ориентированным на потенциальные ресурсы личности, обеспечивающим личностный рост и развитие. В ходе занятий закрепляются навыки конструктивного, содержательного общения, а также распознавания, объективной оценки и регуляции своих чувств.

Несовершеннолетние, по сравнению со взрослыми, менее способны к участию в традиционных терапевтических группах. Такие психотерапевтические (психокоррекционные) групповые занятия проводятся в ограниченных объемах, строятся вокруг конкретных случаев и ситуаций. Основная форма групповых занятий – игровая, независимо от их содержательного наполнения конкретными психотерапевтическими техниками (методиками). Групповая работа должна проводиться не только с пациентами РЦ, но и с их родственниками (решение проблем созависимости, личностная коррекция).

Воспитательный компонент. За каждым педагогом закрепляется группа несовершеннолетних реабилитантов. Персонал выступает в качестве моделей значимых других лиц для подростков-реабилитантов. Обращение к несовершеннолетним с позиций нормативной ролевой модели активизирует соответствующие сферы личности и побуждает к ответственному поведению. Параллельно

ведется работа с реальными ЗДЛ, что оговаривается в условиях контракта.

Образовательный компонент. Реабилитируемые, находящиеся в РЦ, получают возможность продолжать свое образование в стенах самого РЦ либо вне его. В РЦ рекомендуется создание условий для получения дополнительного образования.

Социо-терапевтический компонент. Обеспечение постоянной занятости несовершеннолетних реабилитируемых – основополагающий принцип реабилитации. Длительное применение социально – позитивных форм активности препятствует патологическому функционированию, содействует развитию нормативных сторон личности и достижению социальной зрелости. Структурирование времени и обеспечение организованной занятости (до 14 час. в сутки) достигается через терапевтические занятия, самообслуживание, труд, обучение и досуг. Трудовые процессы в РЦ рассматриваются как часть развивающей среды, обеспечивающей постоянный тренинг трудовых навыков, прежде всего выработку способности к регулярному труду.

Пребывание пациентов в РЦ в известной степени моделирует их функционирование в большом сообществе и обеспечивает усвоение необходимых социальных навыков. Социально-психологический тренинг осуществляется также в ходе групповых занятий. По мере продвижения в программе стимулируется самостоятельность пациентов по конкретному разрешению индивидуальных проблемных ситуаций.

ЭТАПЫ ОСНОВНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Программа реабилитации может быть рассчитана на период от 6 до 12 месяцев в зависимости от состояния реабилитируемого несовершеннолетнего. Программа реабилитации состоит из 3 основных последовательных этапов ее реализации:

I. Начальный этап (вход в программу)

Продолжительность первого этапа – до 2 месяцев. Основные задачи, решаемые на этом этапе:

- обследование, тестирование, консультирование;
- усвоение больными правил организации жизнедеятельности РЦ;
- ориентация и адаптация в РЦ;
- вовлечение в реабилитационную активность;
- формирование мотивации;
- компенсация возможных нарушений здоровья.

Какое-то время несовершеннолетний находится в положении наблюдателя и определяет для себя, готов ли он участвовать в деятельности данного РЦ. На первом этапе реализации программы активно используются все ее составные элементы: терапия средой, терапия занятостью, психолого-психотерапевтическое и оздоровительное воздействие. Несовершеннолетний находится в статусе новичка с обязательным выполнением всех налагаемых этим статусом и регламентом работы РЦ требовании и ограничений.

II. Развернутый этап (основной этап)

Продолжительность второго этапа – до 6–8 месяцев. Основные задачи, решаемые на втором этапе:

- максимальная интеграция несовершеннолетних в режим жизнедеятельности и структуру РЦ, усвоение всех его норм и правил;
- активное участие в психокоррекционных и психотерапевтических мероприятиях;
- включенность в различные формы групповой работы и трудовые процессы;
- реализация воспитательных и образовательных программ;
- существенное улучшение здоровья.

Первая половина данного этапа обычно обозначается как фаза неустойчивого состояния. В ней наблюдается существенная зависимость несовершеннолетних от позитивного влияния группы, среды, терапевтического режима, в связи с чем максимально активно используется вся шкала ограничений, позитивных и негативных санкций.

Вторая половина этапа рассматривается как фаза устойчивого состояния. Несовершеннолетние успешно функционируют в рамках РС, позитивно принимают ее стандарты; поощряется все большая личная ответственность, активность и автономность.

III. Завершающий этап (выход из программы)

Продолжительность третьего этапа – до 2–3 месяцев. Основные задачи, решаемые на этом этапе:

- активное использование полученных в ходе реабилитации навыков в реальных жизненных ситуациях;
- подготовка несовершеннолетних к выходу из РЦ;
- закрепление и реализация навыков ответственного самостоятельного поведения;
- достижение удовлетворительного уровня здоровья, восстановление способности продолжать образование и трудиться;
- восстановление взаимоотношений с ближайшим нормативным социальным окружением.

В начальном периоде ведется активная подготовка к выходу из РЦ – при условии продолжения проживания в нем с краткосрочными (дневными) выходами из РЦ.

В финальном периоде реализуются все более частые и длительные (до нескольких дней) выходы из РЦ, используется возможность работы или продолжения обучения вне РЦ.

Блок, реализуемый после завершения основной программы реабилитации

Перед выходом из реабилитационной программы (или РЦ) реабилитационная бригада решает вопрос об обеспечении преемственности поддерживающих и противорецидивных мероприятий, оказании социальной поддержки несовершеннолетнему.

Прежде всего, такая помощь несовершеннолетнему может быть оказана амбулаторным подразделением реабилитационного учреждения. В тех случаях, если несовершеннолетний состоит на учете в наркологическом или психоневрологическом диспансере и был ими направлен в реабилитационную структуру, то, по согласованию с родственниками, он может находиться под наблюдением таких диспансеров.

Несовершеннолетний может быть также направлен в МППК и центры социальной поддержки по месту жительства.

Наконец, в соответствии с Концепцией КАПР, одной из основных задач третичной профилактики является возвращение несовершеннолетних, прошедших лечение и реабилитацию, в образовательные учреждения.

Несмотря на то, что несовершеннолетний и по завершении основной программы реабилитации всегда должен иметь принципиальную возможность вернуться в реабилитационную структуру или посещать ее время от времени, например, по выходным дням, главное содержание данного блока – работа с реальной жизненной ситуацией и средой пациента.

Если проживание в реальных условиях преждевременно или опасно для несовершеннолетнего, ему должно быть предоставлено защищенное жилье. Это могут быть так называемые "дома на полпути", общежития, иные молодежные структуры. Развитие этого направления реабилитации связано также с формированием других подразделений социальной помощи детям (службы доверия, приюты, социально-реабилитационные центры). […] Однако на практике несовершеннолетний, как правило, возвращается в свою собственную родительскую семью. При этом критически важной становится

способность семьи стать для несовершеннолетнего продолжением реабилитационной среды.

Эффективность реабилитационного воздействия оценивается в его этапной динамике – на основе специального тестирования, а также данных мониторинга. Оценка имеет системный характер: воздержание от ПАВ является важным, но не единственным показателем. Основной показатель – возврат в общество и возобновление функционирования в нормативном окружении, то есть оцениваются и показатели качества жизни.

Валентик Ю., Валентик Ю. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами – Режим доступу. pksuvu.ru/sites/default/files/-documents/konceptualnie_osnovi. – Назва з екрана.

Сирота Н, Ялтонский В.

ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ, НАРКОТИКОВ И ДРУГИХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ. ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ

2. Профилактика рецидивов

Рецидив – возврат к употреблению наркотиков, алкоголя или других психоактивных веществ после периода воздержания, сопровождающийся восстановлением симптомов зависимости.

Различают рецидив и срыв, под которым понимается отдельный случай употребления наркотика или психоактивного вещества.

Главной задачей лечения и реабилитации зависимых от алкоголя и наркотиков является не только помощь пациенту в прекращении употребления этих веществ, но и обеспечение стабильности изменений образа жизни на продолжительное время. […] Определены психологические принципы преодоления зависимости от наркотиков, при нарушении которых возникает срыв и развивается рецидив болезни.

1-й принцип. Саморегуляция. Риск срыва уменьшается в соответствии с повышением возможности пациента самому регулировать мысли, чувства, воспоминания, жизненно важные решения и процесс развития его личности и поведения.

2-й принцип. Интеграция. Риск срыва уменьшается в соответствии с повышением уровня осознания, понимания и оценки

жизненных ситуаций и событий, а также использования стратегий избегания риска возвращения к наркотизации.

3-й принцип. Понимание. Риск срыва уменьшается в соответствии с процессом понимания основных факторов, которые его вызывают.

4-й принцип. Развитие. Риск срыва уменьшается при постоянном развитии ресурсов личности и стресс-преодолевающего поведения.

5-й принцип. Социальная поддержка. Риск срыва уменьшается при постоянной активности, направленной на построение социально-поддерживающей сети и развитие навыков восприятия и использования социальной поддержки.

6-й принцип. Социальная компетентность. Риск срыва уменьшается при постоянном повышении знаний об окружающей социальной среде, развитии навыков эмпатии и аффилиации.

7-й принцип. Самоэффективность. Риск срыва уменьшается при постоянном развитии стратегий эффективного поведения и понимания себя как эффективной личности. […]

В когнитивно-поведенческой модели рецидив рассматривается с точки зрения понимания его терапевтом и пациентом. С традиционной дихотомической ("черно-белой") точки зрения возобновление употребления наркотиков или алкоголя является "провалом" лечения. Однако […] более конструктивна другая точка зрения на суть рецидива – как на ошибку, которую пациенту необходимо правильно воспринимать, осознавать и использовать как опыт в дальнейшем восстановлении от зависимости. Важнейшей основой данной модели является профилактика срыва и рецидива, пока он не произошел. […] Если пациент не способен использовать эффективное копинг-поведение при столкновении с ситуациями риска, то результатом будет снижение ощущения самоэффективности в процессе преодоления болезни и использование наркотика или алкоголя в качестве деструктивного копинг-механизма избегания проблемы. Если результаты работы по преодолению зависимости оцениваются пациентом как эффективные, наркотик и алкоголь менее вероятно будут использованы. Данная модель получила дальнейшее развитие в работах Д. В этой модели исход ситуации зависит от эффективности копинг-поведения человека. Само же копинг-поведение зависит от того, как воспринимается и оценивается пациентом ситуация риска, каков уровень развития копинг-ресурсов (уверенности в себе, компетентности, понимания проблемы, умения осознавать и контроли-

ровать свои эмоции, нести ответственность за выбор своего поведения).

Когнитивно-поведенческая модель имеет много общего с личностно-ситуативной моделью, определяющей важность индивидуального репертуара копинг-навыков у человека, находящегося в ситуации риска и его индивидуального восприятия своих навыков как эффективных или неэффективных. […] В контексте данной модели важнейшим является умение когнитивно оценивать стрессовые, проблемные и рисковые ситуации. Все эти модели базируются на теории социального научения и самоэффективности А. Бандуры.

Итак, в соответствии с когнитивно-поведенческой моделью процесс рецидива происходит следующим образом. На ситуацию высокого риска срыва индивид может давать эффективный копинг-ответ, направленный на преодоление своего влечения. В результате у него повышается ощущение самоэффективности и уменьшается риск срыва. Если индивид не дает эффективного копинг-ответа, у него уменьшается ощущение самоэффективности в преодолении болезни и усиливаются позитивные ожидания от приема наркотика. Он употребляет наркотик, затем следует эффект абстиненции и интрапсихический конфликт, вызванный когнитивным диссонансом между желаемым самоотношением и восприятием себя как потерявшего контроль. Вследствие этого проблемы рецидива нарастают.

Для профилактики рецидивов проводится необходимая работа, как-то:

- повышение уровня знаний о ситуациях высокого риска;
- тренинг навыков преодоления ситуаций высокого риска;
- повышение самокомпетентности и умения понимать и контролировать процессы, связанные с изменениями в сфере своего Я в ситуациях высокого риска;
- работа с самоидентификацией себя как человека, эффективно преодолевающего зависимость;
- тренинг когнитивной оценки проблемных стрессовых ситуаций и ситуаций высокого риска;
- работа над повышением внутреннего контроля над своим поведением;
- тренинг избегания ситуаций высокого риска;
- в случае отсутствия эффективного копинг-ответа на ситуацию высокого риска используется релаксационный тренинг;
- обучение управлять стрессом и обучение навыкам копинг-поведения в стрессовых ситуациях параллельно с развитием ресурсов копинг-поведения;

- в случае снижения ощущения самоэффективности используется работа по формированию позитивных ожиданий в отношении собственного поведения в ситуациях риска и стрессовых ситуациях;

- работа с мотивацией; обучение ежедневной работе с собой по преодолению зависимости.

В случае состоявшегося срыва и развивающегося рецидива используется медицинская программа снятия абстиненции и когнитивной реконструкции понимания процесса рецидива и поиска когнитивных, аффективных и поведенческих ресурсов по его преодолению.

Конкретные психотехнологии профилактики рецидива базируются на понимании того, что у пациента необходимо развивать:

- представление о себе как об эффективном человеке, преодолевающем зависимость;

- навыки совладания со стрессовыми и проблемными ситуациями;

- навыки и возможности самоконтроля, когнитивной оценки стрессовых и проблемных ситуаций, своего поведения, эмоций, влечения к наркотику и совладания с ним;

- самоэффективность в процессе преодоления жизненных стрессовых ситуаций и ситуаций риска срыва и рецидива;

- умение обсуждать позитивный опыт успешного преодоления ситуаций риска срыва и рецидива и проводить анализ и оценку ситуаций высокого риска срыва и рецидива;

- способность к самонаблюдению как инструмент самоконтроля для усиления уровня осознания различных ситуаций; важно составлять перечень и график ситуаций риска, вести дневник, в котором фиксируются все ситуации риска, возникающие в реальной жизни, проводить их анализ, а также анализ собственного поведения по их преодолению;

- умение анализировать конкретные ситуации риска в качестве домашней работы – таким образом происходит обучение конкретным формам копинг-поведения (важно составить индивидуальный список конкретных ситуаций риска в иерархической последовательности от менее рисковых к более и оценить выраженность риска для себя в балльной системе);

- навыки проработки вариантов преодоления ситуаций риска в последовательности от менее до более рискованных, вплоть до максимально трудных ситуаций; необходимо, чтобы пациент осознавал свою реальную готовность к их преодолению и ее степень,

чувствовал себя эффективным – таким образом будет формироваться самоэффективность в преодолении риска рецидива;

- навыки по разработке вариантов использования альтернативных наркотизации копинг-стратегий (форм поведения, которые будут способствовать сопротивлению искушению наркотизации или его избеганию);

- умение адекватно оценивать и анализировать себя, свои мысли, эмоции и действия и понимать, что повышение самоэффективности – это результат успешно усвоенных и развитых навыков преодоления стрессовых и рисковых ситуаций;

- умение проводить микроанализ срыва или рецидива (если он произошел); пациент должен понять, что у него была возможность выбора варианта поведения. Необходимо проанализировать вместе с пациентом причины выбора именно этого варианта. Почему это произошло? Каких ресурсов не хватило у личности? Возник ли кризис мотивации? Какие факторы препятствовали эффективному преодолению ситуации риска? Что необходимо изменить, что развить, что доработать для того, чтобы последующие попытки преодоления ситуаций риска были эффективными?

Произошедший срыв необходимо использовать как опыт. Были ли какие-то сигналы в мыслях, поведении к тому, что срыв может произойти? Что заставило не обратить внимание на эти сигналы?

Для профилактики рецидива проводится следующая работа:

обучение навыкам копинг-поведения (когнитивно-поведенческое развитие);

когнитивное переконструирование. Рассмотрение срыва как опыта; как процесса обучения тому, чтобы не совершать подобных ошибок в будущем; как примера для понимания того, как изменить свое мышление, систему оценок, управление эмоциями и поведением;

работа со стратегиями самоконтроля и достижение сбалансированного образа жизни. При этом пациент должен быть ответствен за формирование сбалансированного образа жизни и самоконтроля. Кроме того, ему необходима "обратная связь" – возможность объективно взглянуть на себя "со стороны". Конечная цель этого процесса – осознать возможность выбора, повысить чувства уверенности в себе и самоэффективности.

С точки зрения проблемы самоконтроля ситуация высокого риска рецидива может развиваться следующим образом.

Неустойчивость мотивационного статуса, несоответствие стиля жизни требованиям сбалансированности постепенно переходит в

желание потворствовать своим слабостям. На этом фоне возрастают потребности и актуализируется влечение к наркотику. Однако оно не осознается, так как включаются защитные механизмы рационализации "ничего страшного не произойдет", "зачем нужна такая мерзкая жизнь без удовольствий", "я и так слишком много сделал, я заслужил это" и т.д., вытеснения, отрицания. Решение и поступок, связанный с возобновлением наркотизации, кажутся легкими и незначительными. В этот момент возникает ситуация высокого риска.

Какие действия необходимо совершить, чтобы подобная патологическая цепь не развивалась? Какие стратегии самоконтроля нужно применить?

На этапе неустойчивого равновесия требуется сформировать комбинацию установок на стабильный жизненный стиль, жизненное равновесие с элементами позитивной зависимости (бег, занятия спортом, работа, медитация, уход за телом, интеллектуальный и эстетический рост и т.д.).

На этапе формирования желания потворствовать своим слабостям необходимо сформировать позитивные желания (например, творческой деятельности, занятий искусством, эстетического и физического самосовершенствования).

На этапе актуализации влечения нужно интенсивно тренировать копинг-навыки преодоления влечения, техники контроля за своим эмоциональным и психическим состоянием.

На этапе формирования решения может быть использована техника матрицы принятия решения, представляющая собой запрограммированный в воображении рецидив и рассмотрение его последствий. Ситуация возникновения срыва и рецидива может быть проговорена или проиграна в ролевой игре с целью осознания того, что же действительно происходит и что может случиться дальше. Какие действия необходимо совершить, какие решения принять, что изменить? Использование данной техники – работа, требующая высокого мастерства, сопряженная с риском резкой актуализации влечения и неуправляемости поведения пациента. Поэтому она должна проводиться преимущественно в группе с развитым высоким эмпатическим потенциалом, в ситуации взаимного доверия и поддержки, когда пациент имеет возможность отрефлексировать свои эмоции и получить "обратную связь" и поддержку. Это работа в технике разгадывания шифра ("key exposure") – проявления вовне неосознанных потребностей и проблем с целью их отреагирования и осознания […]

В работах Д. Тукера [Tucker D. et. al., 1990; 1991] основное внимание уделяется роли копинга в профилактике рецидивов (опыта совладания со стрессовыми и кризисными ситуациями). Выделяются три вида копинга – когнитивный, поведенческий и копинг принятия веры, – и прослеживается их динамика.

Каждый из перечисленных видов копинга может носить как позитивный, так и негативный смысл с точки зрения вероятности формирования рецидива в зависимости от того, в какой фазе развития процесса рецидива используется та или иная копинг-стратегия. Несомненно, негативную роль будут носить такие когнитивные копинг-стратегии, как преуменьшение значимости срыва и игнорирование признаков неблагополучия в случае возобновления приема психоактивных веществ.

Позитивными будут такие копинг-стратегии, как реструктурирование событий срыва, рецидива или состояния, характеризующего явные признаки неблагополучия с точки зрения потери контроля над собственным поведением; рост устойчивости и сопротивления приему наркотика; увеличение осведомленности о негативных эффектах наркотиков и о позитивных аспектах воздержания; оказание внутреннего сопротивления искушению употребить наркотик.

С точки зрения поведенческого копинга негативными эффектами будут обладать такие стратегии, как зависимость от социальных отношений в окружающей среде, подверженность социальному давлению, поиск ощущений и развлечений, невыполнение режима, бездеятельность, неумение разрешать стрессовые и проблемные ситуации, неумение общаться, стремление к самоизоляции, одиночеству.

Позитивными эффектами будут обладать такие стратегии, как уменьшение и полное исключение контактов с наркотизирующимися сверстниками, оживление общения с ненаркотизирующи-мися людьми и/или устойчиво выздоравливающими зависимыми, общительность, готовность запросить помощь и совет у профессионалов или лиц, имеющих опыт преодоления зависимости, разрешение проблем, снижение негативного влияния стресса посредством собственных действий или обсуждения проблемы с поддерживающими лицами.

С точки зрения копинга принятия веры негативными эффектами будут обладать принятие норм, ценностей, перспектив и ожиданий лиц, употребляющих наркотики; принятие философии группы наркотизирующихся; ощущение безысходности и неверие в положительные перспективы, в возможность выздоровления от зависимости и позитивной, интересной и счастливой жизни; неверие в свои силы и

возможности преодолевать проблемы и стрессовые ситуации, совладать с собой, своими эмоциями и влечением к наркотику.

Позитивными эффектами будут вера в свои возможности преодолеть зависимость; вера в себя, в социально-поддерживающее окружение (если оно не является поддерживающим наркотизацию); в возможность эффективной и счастливой жизни и совладания с негативными эмоциями, влечением к наркотику; в возможность контролировать собственную жизнь, вера в то, что ощущение бессилия преодолимо; вера в Бога.

Тренинг копинг-навыков в профилактике рецидива может проводиться в форме ролевой игры. Рассмотрим небольшой фрагмент такого тренинга.

Ситуация 1. Фрустрация, гнев. Понедельник. Утро. Вы никак не можете найти работу. Деньги быстро тают. У вас нет никакой надежды исправить положение. Вы уже даже и не надеетесь, что сможете где-либо устроиться.

Вопросы, которые вы должны себе задать и на которые необходимо найти ответ. Что вы чувствуете? Вы не знаете, что делать? Вы озабочены, расстроены, ощущаете безвыходность положения? Это ошибка, что вам необходимо действовать немедленно! Сейчас необходимо просто подумать. Какие пути поиска работы можно предпринять? Придумайте множество самых "глупых" и невероятных путей. Главное, чтобы их было много. Выберите из всех наиболее вероятные. Проработайте для начала хотя бы один. Опишите в деталях, что вы будете делать для этого.

Ситуация 2. Другие негативные эмоции. В среду вечером вы остро почувствовали, что вы одиноки и у вас отвратительное настроение.

Вопросы. Попробуйте определить, что вы должны сделать, чтобы почувствовать себя лучше. Быть может, вы найдете старых друзей или заведете новое знакомство? Тщательно продумайте и разработайте в деталях решение. Куда пойти? Что сказать? Что может вас порадовать или облегчить ваше состояние? Генерируйте самые разнообразные идеи. Пусть сначала они вам покажутся нелепыми. Что это может быть – хобби, работа, спорт, какая-либо другая активность? Выберите из этих вариантов наиболее подходящий.

[…] С целью профилактики рецидива необходимо учитывать ситуации высокого риска рецидива. К ним относятся:

негативные эмоциональные состояния (гнев, фрустрация, тревога и депрессия, связанные с интраперсональными конфликтами и/или реакцией на социальные стрессоры);

интерперсональные конфликты (конфликты со значимыми другими, членами семьи, друзьями, сослуживцами);

социальное давление (направленное прямо – предложение употребить наркотик, выпить или косвенно – пребывание в компании наркотизирующихся или алкоголизирующихся лиц). […]

Анализ рецидива производится посредством построения поведенческой цепи, приводящей к срыву. Таким образом достигается понимание последовательности событий. Интервьюирующий поощряет пациента к исследованию и прояснению своих реакций, подводя его к пониманию причин возникшего или возможного срыва. Процесс интервьюирования требует активного взаимодействия, сотрудничества. Лечебный смысл его заключается в том, что пациент должен получить новую информацию о собственной динамике рецидива и обучиться адекватным стратегиям предотвращения рецидива – копинг-навыкам для достижения и сохранения трезвости.

*Пример поведенческой цепи***.** *Посмотрел объявления о работе. Сделал несколько звонков, но места уже были заняты. Поссорились и подрались дети. Рассердился на детей и на жену. Почувствовал свою беспомощность. Отправился к брату. Поссорился с ним из-за того, что не нашел работу. Ушел от брата подавленным. Подумал: "Кому все это нужно?". Почувствовал желание как-то поднять настроение, ощутить "кайф": "мне станет лучше". Остановился рядом с домом друга. Подошел партнер с дозой героина. Употребил героин вместе с другом. Почувствовал себя еще более виноватым и подавленным.*

Далее идет совместная с пациентом оценка ключевых внутренних и внешних факторов, приведших к срыву, а также определение уровня эффективности использования копинг-стратегий.

[…] копинг-навыки, необходимые для предотвращения рецидива.

Альтернативная деятельность:

- физические упражнения;
- отвлечение;
- расслабление;
- хобби;
- молитва.

Подкрепление неупотребления наркотиков:

- чтение списка причин, по которым не следует возвращаться к употреблению;

- составление списка причин, по которым не следует возвращаться к употреблению;

- вознаграждение себя за воздержание;

- получение дополнительной информации о том, как поддержать себя.

Избегание деятельности, связанной с повышенным риском:

- избегание провоцирующих ситуаций;

- избегание знакомства с лицами, употребляющими наркотики;

- избегание районов "повышенного риска".

Социальная поддержка:

- помощь самому себе;

- звонок другу или члену семьи;

- поддержка кого-то, кто в свое время прекратил употреблять наркотики;

- поддержка окружающих;

- посещение специальных групп самопомощи (AA, NA).

Отношения в социуме – позитивные последствия:

- мысли о поддержке друзей;

- мысли о том, что ваш партнер будет счастлив после вашего отказа от наркотиков;

- мысли о детях: желание подать им хороший пример.

Отношения в социуме – негативные последствия:

- мысли о том, насколько вы будете отвратительны для окружающих;

- мысли о близких, которые будут очень расстроены;

- мысли о том, что друзья будут думать, что вы не способны бросить употреблять наркотики.

Здоровье – негативные последствия:

- мысли о том, насколько сильно связаны наркотики с вашими болезнями;

- мысли о том, что употребление наркотиков может привести к смертельному исходу;

- мысли о других рисках для здоровья, связанных с наркотиками.

Мотивирование себя:

- отрицание, что наркотики вам необходимы;

- рассмотрение причин бросить употреблять наркотики.

Сила желания:

- твердо принято решение бросить. Вы сжимаете зубы и заставляете себя не думать о наркотиках.

Каждодневное напоминание:

- активное вытеснение мыслей о наркотиках из сознания.

Закон:

- мысли о том, что употребление наркотиков влечет за собой нелегальную деятельность;
- мысли о несении уголовной ответственности в случае поимки;
- мысли о том, что вы не сможете заботиться о своих детях.

Обесценивание наркотика: обращение к себе:

- "нет ничего хуже этого";
- "это страшный наркотик";
- "я просто болен".

Напоминание себе:

- наркотики не могут решить проблем;
- наркотики не могут ничего исправить;
- наркотики не помогут мне чувствовать себя лучше.

Позитивные обращения к себе:

- вера в себя: "Я могу это сделать";
- достижение: "Посмотри, как прекрасно я с этим справился";
- надежда: "Мне станет лучше (легче)";
- базовое позитивное отношение к себе.

Переопределение себя:

- мысли о себе как о человеке, свободном от зависимости.

На основании суммарной модели профилактики срыва Т. Горски [Gorski T., 2000] разработана модель терапии профилактики рецидивов – СМРТ. Эта модель является многосторонним методом профилактики возврата к употреблению наркотиков и алкоголя у зависимых от них лиц, прошедших первичное лечение и начавших выполнять программу выздоровления.

В модели выделяют пять целей.

Восстановление и/или формирование общего (глобального) жизненного стиля, препятствующего рецидиву. Развитие комплексного самовосприятия собственной жизни, зависимости и истории срыва (или срывов).

Разработка личного списка признаков угрожающего рецидива, в котором должна прослеживаться логика формирования срыва и причины перехода от стабильного выздоровления к срыву.

Формирование и развитие стратегий управления (преодоления) симптомами рецидива.

Развитие и структурирование программы выздоровления, направленной на формирование самоидентификации пациента и критическое управление признаками рецидива.

Развитие плана ранней профилактики рецидива, который будет воплощаться в жизнь пациентом и его значимыми другими лицами шаг за шагом для предотвращения возврата к употреблению алкоголя или других наркотиков.[…]

Основные психологические сферы, в которых проводится работа: мышление (когнитивная); чувствование (аффективная); действия (поведенческая).

Основные социальные сферы:

- работа;
- друзья;
- интимные взаимоотношения.

Самое важное – помочь пациенту наладить функционирование с каждой из этих сфер.По мнению автора данной модели, изменения – нормальная и необходимая часть жизни, но и главная причина стресса. Изменение легко может вызвать реакцию, которая "выбросит" человека из процесса выздоровления в динамику срыва, если человек не отдает себе отчет в происходящем или не готов справиться с этим.

Обычно изменения, которые часто "запускают" динамику срыва, начинаются с изменения установок, в частности, отношения необходимости следовать программе выздоровления.[…]

Профилактика срыва включает следующие шаги:

- стабилизация;
- оценка;
- обучение пациента;
- определение предвестников срыва;
- пересмотр программы выздоровления;
- обучение инвентаризации;
- прерывание динамики срыва;
- вовлечение значимых людей;
- последовательное выполнение и подкрепление.

[…] С наступлением стабилизации необходимо тщательно оценить следующее:

Имеющиеся проблемы. Оценивая их, терапевт фактически завершает первую фазу лечения, на которой выполняются задачи, связанные с мотивационным кризисом, который возник в результате срыва. Пациент должен прийти к пониманию подлинной сущности этого кризиса и тех осложнений, которые активизировали динамику срыва.

Текущую динамику срыва. Решающее значение имеет подробное исследование пациентом точной последовательности событий,

которые разворачивались до срыва. Это очень трудный процесс, потому что именно в этот период возникают симптомы-предвестники срыва. Активация симптомов-предвестников – неосознаваемый процесс. В результате у пациента есть "белые пятна" или "провалы в памяти", относящиеся к периоду между началом абстиненции и возвращением к пьянству. С помощью интервьюирования и прямых вопросов можно заставить пациента "извлечь на поверхность" и реконструировать те события, которые он осознает.

Историю срыва. Определяется, есть ли у пациента прогресс в лечении в целом, или эффективность лечения постоянно уменьшается. Срыв – не всегда знак неудачного лечения. Если история пациента включает удлинение периодов трезвости, за которыми следуют срывы все меньшей продолжительности и с меньшими негативными последствиями, то он фактически находится в процессе выздоровления. Важно определить, что показывает история срывов – улучшение или ухудшение.

Уровень завершенности лечения. Фазы развития выздоровления используются как путеводитель, помогающий пациенту исследовать свой предшествующий прогресс в лечении.

Факторы, осложняющие выздоровление. Осложняющие факторы рассматриваются вместе с пациентом.

Личностный стиль пациента – способ реагирования на трезвость (крайне зависимый, крайне независимый, скрытый зависимый и функциональный зависимый).

Модель обучения пациента включает подробнейшую информацию, которую ему необходимо знать о срыве, а также обзор программы дальнейшего выздоровления.

При прерывании динамики срыва пациент должен осознать присутствие предвестников срыва и предпринять действия по устранению их из своей жизни:

- идентифицировать (определить) проблему;
- прояснить (исследовать) проблему;
- определить альтернативные варианты ее разрешения и вероятные последствия каждой из альтернатив;
- принять решение мысленно;
- выполнить решение (предпринять действия);
- довести действие до конца и оценить его результат.

Данные действия, впервые разработанные Т.Дзуриллой и М. Голдфридом [Dzurilla T., Goldfrid M., 1971], являются универсальными принципами тренинга решения проблем, применяющегося в профилактике рецидивов.

Важнейшим шагом в прерывании динамики срыва является вовлечение значимых других и создание вместе с ними "команды выздоровления" – действенной социально-поддерживающей пациента сети.

Успешная работа по профилактике рецидива должна быть завершена и подкреплена. Для этого необходимо:

- разработать дальнейший план предотвращения срыва и план выздоровления, используя работу в лечебной среде;
- объединить планирование профилактики срыва с продолжающимся лечением пациента и его семьи;
- объединить планирование профилактики срыва с планом поддержания трезвости […].

Сирота Н., Ялтонский В. Основы психологической реабилитации лиц, зависимых от алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ.

Зыков О.В.

ПРОГРАММА "12 ШАГОВ" СООБЩЕСТВА "АНОНИМНЫЕ АЛКОГОЛИКИ"

Сообщество "Анонимные Алкоголики" (АА) было основано в мае 1935 г., когда в городе Акрон (штат Огайо, США) встретились его основатели – маклер Нью-Йоркской биржи Билл (Уильям) Виллсон и известный врач-хирург Боб (Роберт) Смит. Эта встреча положила начало созданию метода само- и взаимопомощи при алкоголизме, разработанного сообществом АА. В дальнейшем АА стало развиваться, постоянно увеличивалось количество групп, были разработаны теоретические основы процесса преодоления зависимости от ПАВ, сформулированы в программе "12 Шагов", и принципы существования сообщества в виде "12 Традиций". В 1939 г., подводя итог своей деятельности, У. Виллсон издал книгу "Анонимные Алкоголики", в которой он изложил фи-лософию АА и методологию работы. По наименованию этой книги движение и получило свое нынешнее название.

Программа Анонимных Алкоголиков сформулирована в виде методологии, по которой происходит личностное и социальное восстановление больных алкоголизмом – "12 Шагов" и принципов существования самого сообщества – "12 Традиций".

12 ШАГОВ

1. Мы признали свое бессилие перед алкоголем, признали, что мы потеряли контроль над собой (вариант: перестали управлять своей жизнью).

2. Пришли к убеждению, что только Сила, более могущественная, чем мы, может вернуть нам здравомыслие.

3. Приняли решение препоручить нашу волю и нашу жизнь Богу, как мы Его понимали.

4. Глубоко и бесстрашно оценили себя и свою жизнь с нравственной точки зрения.

5. Признали перед Богом, собой и каким-либо другим человеком истинную природу своих заблуждений.

6. Полностью подготовили себя к тому, чтобы Бог избавил нас от наших недостатков.

7. Смиренно просили Его исправить наши изъяны.

8. Составили список всех тех людей, кому мы причинили зло, и преисполнились желанием загладить нашу вину перед ними.

9. Лично возмещали причиненный этим людям ущерб, где только возможно, кроме тех случаев, когда это могло повредить им или кому-либо другому.

10. Продолжали самоанализ и когда допускали ошибки, сразу признавали это.

11. Стремились путем молитвы и размышления углубить соприкосновение с Богом, как мы понимали Его, молясь лишь о знании Его воли, которую нам надлежит исполнить, и о да-ровании силы для этого.

12. Достигнув духовного пробуждения, к которому привели эти шаги, мы стремились донести смысл наших идей до других алкоголиков и применять эти принципы во всех наших делах.

12 ТРАДИЦИЙ АА

1. Наше общее благо должно быть превыше всего – личное выздоровление зависит от един-ства АА.

2. Для осуществления целей нашей группы нет авторитета выше, чем любящий Бог – такой, как Он может выражать себя в сознании нашей группы. Наши лидеры – это люди, которым мы доверяем, и наши добрые друзья, они нами не управляют.

3. Единственное условие для членства в АА – это желание бросить пить.

4. Каждая группа должна быть самостоятельной, кроме тех случаев, когда дело касается дру-гих групп или АА в целом.

5. Каждая группа АА имеет только одну главную цель – делиться своим опытом с теми алкоголиками, которые все еще страдают этим недугом.

6. Ни одна группа АА никогда не должна позволять никаким посторонним организациям или учреждениям, даже тем, которые работают в смежных областях, выступать от имени АА, а также не должна финансировать или поддерживать их в обществе. Деньги, собственность или желание завоевать престиж не должны отвлекать нас от нашей главной цели.

7. Каждая группа АА должна сама себя содержать, не принимая никаких посторонних пожертвований.

8. Сообщество Анонимных Алкоголиков должно всегда оставаться непрофессиональной группой, но наши центры и службы могут использовать сотрудников, имеющих специальную подготовку.

9. АА как таковое не имеет руководящих органов, но мы можем создавать комитеты и советы службы, непосредственно отчитывающиеся перед теми, кому они служат.

10. АА не занимает никакой позиции по вопросам, не относящимся к деятельности общества, поэтому АА никогда не должно упоминаться в общественных спорах, дискуссиях.

11. Наши отношения с обществом основываются на разъяснении, а не на агитации. Нам необходима личная анонимность в контактах со средствами массовой информации.

12. Анонимность является духовной основой всех наших традиций; это постоянно напоминает нам о необходимости ставить принципы выше интересов любой отдельной личности.

Точка зрения программы Анонимных Алкоголиков на алкоголизм, как на болезнь, определяется следующими положениями:

• алкоголизм – хроническая прогрессирующая болезнь с предсказуемыми признаками и предсказуемым результатом;

• больные алкоголизмом навсегда потеряли способность контролировать свое потребление алкоголя;

• алкоголизм воздействует на тело больного, его мышление, психологические особенности и истинное восстановление от этого заболевания требует восстановления каждой из этих областей;

• единственная возможность жить полноценной жизнью для больного с зависимостью от алкоголя – в течение всей жизни не употреблять спиртное;

• даже единственная рюмка спиртного может вызывать у человека, страдающего алкоголизмом, тягу к алкоголю и вновь

привести к возобновлению цикла компульсивного потребления спиртного.

Главным в идеологии этого сообщества является признание алкоголизма как болезни, приводящей к стабильным нарушениям в биологической, психологической, социальной и духовной сферах жизни человека. Условием личностного восстановления по программе АА, в первую очередь, считается признание факта потери контроля над потреблением алкоголя и невозможности его возврата. Лишь признав у себя отсутствие контроля, больной может рассчитывать на выздоровление: "Мы – алкоголики, мужчины и женщины, которые потеряли способность управлять нашим питием. Мы знаем, что никакой реальный алкоголик никогда не сможет контролировать потребление спиртного".

В связи с этим наилучшие шансы оставаться трезвыми, согласно программе АА, имеют те люди, страдающие алкоголизмом, которые:

• признают потерю возможности контролировать свое потребление алкоголя;

• будут регулярно посещать собрания АА.

У сообщества Анонимных Алкоголиков есть несколько основных инструментов для помощи в личностном и социальном восстановлении больным алкоголизмом:

• в первую очередь, это посещение собраний АА в течение всего периода восстановления;

• во-вторых, изучение и проработка "12 Шагов", "12 Традиций" и так называемых Лозунгов (Девизов) сообщества;

• в-третьих, работа со "спонсором" или наставником – человеком, более продолжительно и успешно работающим в программе восстановления "12 Шагов";

• и, наконец, это ряд социальных мероприятий, осуществляемых сообществом для поддержания членов АА в наиболее сложные для них периоды преодоления зависимости от алкоголя.

Программа "12 Шагов" предполагает непрерывное и длительное участие больного в реабили-тационном процессе. Это требование является совершенно необходимым условием выздоровления, если исходить из того положения, что такого состояния, как "окончательное излечение от алкоголизма", не существует.

Цель программы "12 Шагов" – эмоциональная и социальная зрелость, достигаемая путем про-работки Шагов при помощи других членов сообщества.

Работа по программе "12 Шагов" позволяет больным алкоголизмом не только познавать себя, но и изменять себя – как в поведенческом, так и в эмоциональном и мыслительном аспекте. Ежедневно работая над преодолением болезни в группах АА, больные меняют не только стиль своего поведения, но и всю систему своих взглядов и убеждений.

Эффективность программы Анонимных Алкоголиков

Группы АА сегодня широко распространены во всем мире – в странах Америки, Европы, Африки, в Австралии. Эффективность программы Анонимных Алкоголиков была исследована Американской Ассоциацией психиатров […] (для регулярно посещающих собрания АА):

30-40% – не имеют срывов в процессе восстановления с момента прихода в программу АА;

30-40% – имеют в процессе восстановления 2-4 срыва, после чего приходят к абсолютной

трезвости (как правило, срывы бывают в первые 3 года с начала восстановления по программе);

20-30% – продолжают периодически срываться на фоне посещения собраний АА.

Сами Анонимные Алкоголики считают, что из всех когда-либо посетивших собрания сообщества лишь 5% остаются в программе восстановления "12 Шагов" и обретают в ней стабильную трезвость. Однако все же полноценных исследований эффективности восстановления больных с зависимостью от психоактивных веществ по программе "12 Шагов" длительное время не проводилось из-за достаточной закрытости […] самого сообщества Анонимных Алкоголиков.

[…] результаты говорят о том, что вера в излечение и принятие философии программы "12 Шагов" могут иметь большое значение для процесса преодоления алкоголизма и что эта программа гарантирует достаточно хорошие результаты.

Лечебные стационарные программы, основанные на методологии сообщества АА/АН "12 шагов"

Миннесотская модель.

Первый опыт использования методологии АА в лечебных заведениях для пациентов с алкого-лизмом был получен в конце 40-х годов XX столетия в США. Идея использования программы АА для лечения больных алкоголизмом в стационарных условиях возникла у сотрудников одной из государственных психиатрических больниц (клиника Willmar) в сельском районе западной части штата Миннесота, ныне более известной под названием Hazelden. Инициаторами

этой идеи считаются члены АА: Остин Риплей – известный газетный журналист и Линн Каноил – адвокат, ставший в последующем первым директором Hazelden. Первоначально методика […] состояла из нескольких положений:

1. в больнице действует принцип уважительного отношения, понимания и принятия достоин-ства каждого пациента;

2. лечение основывается на программе Анонимных Алкоголиков и происходит в рамках про-цесса восстановления по этой программе;

3. отождествление пациентом себя с другими алкоголиками является важным компонентом в преодолении зависимости;

4. важнейший принцип программы (на тот период) – посещение ежедневных лекций по раз-бору "12 Шагов" и беседы пациентов друг с другом о принципах и тематике групп АА.

В дальнейшем, по мере развития знаний об алкоголизме и методах его лечения, к этой программе стали добавляться и другие принципы организации лечебной программы:

5. общеобразовательные лекции по тем или иным проявлениям заболевания во всех затронутых алкоголизмом сферах жизни человека;

6. посещение групп АА и встречи с представителями сообщест-ва Анонимных Алкоголиков;

7. разработка совместно с каждым пациентом особых индиви-дуальных планов его дальнейшего восстановления и преодоления возможных рецидивов болезни;

8. психокоррекционное воздействие в малых группах.

Последние четыре положения программы приписываются врачам-психиатрам Дэну Андерсону и Нельсону Брэдли, […] Брэдли и Андерсон […] создали для членов групп АА оплачиваемые должности специалистов по работе с больными в наркологических учреждениях. Эти специалисты назывались "консультантами по алкоголизму". Вероятно, это был первый в мире опыт по привле-чению к профессиональной работе в сфере лечения алкоголизма людей, имеющих собственный навык личностного восстановления по программе АА и не являющихся медицинскими работниками.

Следующим наследием Hazelden, полученным от Брэдли и Андерсона, стало осознание определенных положений, позволяющих использовать совместный потенциал опыта персонала государст-венных наркологических стационаров и членов АА – консультантов по алкоголизму. Это отразилось в следующих принципах организации лечебной работы:

•использование творческого потенциала мультидисциплинарной команды специалистов для лечения больных алкоголизмом;

•создание более систематического подхода к лечению болезни;

•вынесение на первое место в лечебном процессе программы восстановления "12 Шагов" АА;

•определение алкоголизма как первичной хронической болезни, но значительно отличающейся от других психиатрических заболеваний.

[…] Лечение зависимости по модели "Миннесота" было рассчитано на один месяц. Именно этот срок пребывания в лечебном центре и оплачивали страховые компании.

Впоследствии модель "Миннесота" стала развиваться и модернизироваться и, на настоящий момент, она ассоциируется с целым континуумом разнообразных услуг, в который входят интенсивные и менее интенсивные программы амбулаторного лечения больных, семейные программы и промежуточные профилактические программы, что […] подчеркивает ценность специальных информационно-образовательных методик для профилактики развития заболевания у людей, входящих в группу риска по развитию алкоголизма (или наркомании).

Стационарная помощь больным зависимостью с использованием программы "12 Шагов" достаточно широко распространена в США. В Западной и Восточной Европе подобные программы, в том числе и стационарные, также существуют повсеместно. Особый интерес представляет терапевтическая программа Центра лечения зависимостей Института психиатрии и неврологии в Варшаве (Польша), которую с 1989 г. развивает известный нарколог Богдан Воронович. Центр располагает 15 койками, а также 12 местами для лиц, проходящих лечение в дневном режиме, и предлагает больным с зависимостью от алкоголя и/или наркотиков: • 6-недельную основную программу; • программу послебольничной помощи (дополнительное лечение сроком до 12 месяцев).

Идеология и главные цели терапии в Варшавском Центре могут быть представлены следующим образом. Терапевтический коллектив рассматривает зависимость от спиртных напитков как хроническую, возникшую не по вине больного, прогрессирующую и нередко смертельную болезнь,которая вызвана рядом физических, психических, духовных и социальных факторов. В связи с тем, что современная наука еще не знает способов, гарантирующих безопасное возвращение к контролируемому потреблению алкоголя, пациентам предлагается помощь, ведущая к изменению поведения, позволяющим им как можно дольше воздерживаться от приема спиртного.

Основные цели терапии сводятся к тому, чтобы больной поверил, что он в состоянии воздерживаться от приема спиртного и других ПАВ и что у него достаточно сил, чтобы изменить свой

прежний образ жизни и осуществить благоприятные для него самого перемены.

Таким образом, у каждого из пациентов Центра есть возможность:

• сопоставить собственный опыт с проявлениями синдрома зависимости от алкоголя у других пациентов;

• понять, какую роль играет алкоголь (и другие ПАВ) в его жизни;

• лучше узнать самого себя и свою болезнь, а также поверить в то, что можно жить без алкоголя и прочих психоактивных веществ;

• признать свое бессилие по отношению к алкоголю (и другим психоактивным веществам) и примириться с ним;

• научиться достойно жить со своей болезнью;

• попытаться внести изменения в свою жизнь;

• перестать бояться своего недуга и смело говорить о себе правду;

• совершать и исправлять свои ошибки, а также отвечать за последствия своих решений;

• научиться говорить: "Не знаю, не понимаю, не умею";

• научиться пользоваться иными, чем потребление ПАВ, способами разрядки эмоциональной напряженности;

• отдавать себе отчет в препятствиях, стоящих на пути к трезвости, и познать предпосылки, дающие надежду на выздоровление;

• начать трудиться над построением новой, трезвой жизни;

• радоваться происходящим в себе переменам;

• понять, сколь важную роль в процессе выздоровления играют группы взаимопомощи, а также профессиональная помощь.

Одновременно требуется, чтобы лица, участвующие в программе:

• воздерживались от употребления алкогольных напитков и прочих ПАВ;

• добросовестно и своевременно выполняли индивидуальные программы выздоровления;

• уважали личность другого человека;

• старались привлечь к участию в лечении своих близких;

• сохраняли в тайне сведения, полученные о других лицах, проходящих лечение в Центре.[…]

[…] Каждому приему больного в Центр предшествует консультация, целью которой является исключение таких противопоказаний, как: умственная отсталость, острый абстинентный синдром или соматическое состояние, требующее в данный момент интенсивного лечения в стационаре. Лицам, находящимся в алкогольном

опьянении или в состоянии острого абстинентного синдрома, рекомендуется проведение дезинтоксикации до поступления в Центр.

Лица, отобранные для лечения, направляются на встречи так называемой предварительной группы, которые проводятся раз в неделю. Основной целью этих встреч является охват будущих пациентов Центра поддержкой еще до их принятия на лечение, т.е. на период ожидания места в Центре.

Каждому больному рекомендуется в период ожидания места в Центре принять участие в определенном количестве собраний групп Анонимных Алкоголиков.[…] С момента приема каждый участник обязан посещать все терапевтические занятия, проводимые ежедневно (включая воскресенье). Двери Центра всегда открыты, однако на протяжении первых 3-х недель не разрешаются прогулки и отпуска.

[…] В Центре действуют принципы терапевтической, среды. В ходе еже-дневных утренних встреч пациентов и персонала обсуждаются и, в текущем порядке решаются, возникающие проблемы. Один раз в неделю избираются староста и дежурный, круг обязанностей которых предусмотрен распорядком работы Центра, а также лица, ответственные за ход занятий по физкультуре и заботящиеся о зеленых насаждениях вокруг Центра. Каждый пациент обязан во время пребывания в Центре выполнять роль старосты или дежурного.

[…] Проводимые психологами групповые занятия направлены преимуще-ственно на интеграцию группы, повышение у ее участников чувства ответственности и взаимного одобрения, приобщение к функционированию по принципу "здесь и сейчас", а также на обучение пациентов видеть и называть переживаемые ими эмоциональные состояния и справляться с ними без помощи алкоголя. Одновременно психологи помогают выполнять задания, полученные в рамках индивидуальной программы лечения.

[…] Особую роль в идеологии Центра и в развиваемом им подходе к терапии играют связи с сообществом Анонимных Алкоголиков. Они состоят, с одной стороны, в принятии на работу в качестве консультантов лиц, которые одновременно являются многолетними членами Сообщества, а с другой стороны, в использовании в терапевтической работе элементов **Программы "12 Шагов" АА.**

В ходе работы с больными над Первым Шагом осуществляется анализ собственного опыта, связанного с попытками освободиться от назойливых мыслей об алкоголе и выпивке, а также с многократными неудачными попытками контроля за потреблением спиртного.

Анализируются также такие вопросы, как влияние алкоголя на семейную жизнь и товарищеские связи, на учебу и работу, духовную и религиозную жизнь, на состояние физического здоровья, сексуальную жизнь, идеалы и сознание собственной ценности, а также на способы переживания гнева и злости, страха, тревоги, стыда и т.п. Работа над Вторым и Третьим Шагами – это попытка осознать, что путь к трез-вости в одиночестве чрезвычайно труден и что в этом деле можно опереться на "Высшую Силу", которую каждый должен определить для себя самостоятельно. Одновременно пациенты знако-мятся с очередными Шагами АА (4-12).

Как во время пребывания в стационаре, так и в учреждении дневного режима, обязательно участие во встречах групп Анонимных Алкоголиков. […].

[…] Просветительско-информационный блок включает лекции, прослушивание магнитофонных записей, а также просмотр видеофильмов. Его целью является передача знаний по разнообразным проблемам, связанным как с алкоголем, так и со зрелой, трезвой жизнью.

Другие формы работы с пациентами стационарной программы Центра – занятия, посвященные духовным аспектам жизни, ведутся священнослужителями (пасторами). Целью этих встреч является не обучение Закону Божьему, но совместные размышления о духовных сторонах жизни человека и о роли духовных факторов в процессе трезвения.

Занятия, посвященные предотвращению рецидивов болезни, раскрывают их механизмы, учат, как узнавать и различать сигналы рецидива и как в связи с этим поступать, а в индивидуальных случаях помогают также проанализировать уже случившийся рецидив, вскрыть его причины.

Тренинг ассертивного поведения учит справляться с социальными ситуациями, угрожающимирецидивом болезни ("срывом").

[…] Один раз в неделю проводятся групповые терапевтические встречи, пред-назначенные для близких родственников пациентов Центра. В некоторых случаях им предлагается провести супружескую терапию. Рекомендуется членам семьи участие в группах Ал-Анон и Алатин.

[…] В процессе лечения в Центре избегают применения фармакотерапии и, в частности, введения каких бы то ни было успокаивающих, снотворных и болеутоляющих средств, так как они могут привести к другой наркоманической зависимости.

Программа послебольничной поддержки предназначена для лиц, которые окончили 6-недель-ную основную программу […]

Этап I. В течение 12 недель предлагается одновременное участие в группе психологической по-мощи и группе предотвращения рецидивов.

Этап II. После окончания первого этапа можно принимать участие в течение 18 недель в группе тренинга ассертивного поведения.

Этап III.После окончания двух первых этапов можно участвовать:

• в группе углубления знаний по Программе "12 Шагов";

• в группе постоянной поддержки для "выпускников" Центра;

• в определенных, индивидуальных для каждого участника, занятиях I-го или II-го этапов.

Все "выпускники" основной программы и их близкие могут принимать участие в двухнедельных терапевтических курсах, организованных Центром лечения зависимости в Учебно-реабилитационном центре Института. Слушатели этих курсов имеют возможность упрочить свои знания на тему 1-3 Шагов и продолжать процесс оздоровления, работая над очередными Шагами АА (4-7).[…]

Профилактика патологических форм зависимого поведения / Под общей ред. О.В. Зыкова. Том III. Лечебная субкультура: технологии профилактики рецидива (третичная профилактика). – М. : РБФ НАН, 2010. – С. 38–46.

Конторович В. А., Анцупова Г. Л.

МЕТОД ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ДЕБРИФИНГА В КОМПЛЕКСНОЙ СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РАНЕНЫХ

Метод **"дебрифинга критического инцидента"**, разработанный американским психологом Дж. Митчелом в 1983 году для работников "опасных профессий" (спасатели, полицейские, пожарные, военнослужащие во время боевых действий, и др.)

Дебрифинг представляет собой психолого-педагогический групповой метод дискуссии под руководством подготовленного профессионала, это особым образом организованное групповое обсуждение, предназначенное для того, чтобы помочь участникам кризисного инцидента справиться с психологическими последствиями

кризиса, а также выработать навыки, которые необходимы в случае повторного столкновения с подобной ситуацией. Дебрифинг относится к мерам экстренной психологической помощи. Он проводится как можно раньше после события, возможно, через несколько часов или дней после трагедии.

Экстренная психологическая помощь характерна тем, что проводится с людьми в остром стрессовом состоянии (ОСР – острое стрессовое расстройство). Это состояние представляет собой переживание эмоциональной и умственной дезорганизации. Процедура дебрифинга позволяет участникам в условиях безопасности и конфиденциальности отреагировать на впечатления, реакции и чувства, связанные с событием. Встречая похожие переживания у других людей, участники получают облегчение, – у них снижается ощущение уникальности и ненормальности собственных реакций, уменьшается внутреннее напряжение. В группе появляется возможность получить поддержку от других участников. Действия ведущих направлены к тому, чтобы мобилизовать внутренние ресурсы участников, помочь им подготовиться к переживанию тех симптомов или реакций ПТСР (посттравматического стрессового расстройства), которые могут возникнуть впоследствии. Обязательно участникам сообщается о том, где они впоследствии могут получить помощь.

Цель дебрифинга – снизить тяжесть психологических последствий после пережитого стресса и. предупредить развитие синдрома посттравматических стрессовых расстройств […].

Задачи дебрифинга*:*

· Отреагирование впечатлений, реакций, чувств.

· Способствование когнитивной организации переживаемого опыта путем понимания как событий, так и реакций.

· Уменьшение индивидуального и группового напряжения.

· Уменьшение ощущения уникальности и патологичности собственных реакций.

· Мобилизация внутренних и внешних групповых ресурсов, усиление групповой поддержки, солидарности, понимания.

· Подготовка к переживанию тех симптомов или реакций, которые могут возникнуть.

· Информирование участников о том, где они в дальнейшем могут получить помощь.

Организация дебрифинга

Проводить дебрифинг возможно в любом месте, но нужно стремиться к тому, чтобы *помещение* было удобным, доступным и изолированным. Оптимальное *количество участников* в группе от 10

до 15 человек. Проводится дебрифинг под руководством двух подготовленных специалистов-дибриферов. Не допускается присутствие посторонних лиц, не имеющих непосредственного отношения к событию. *Время проведения* четко обозначается вначале и составляет 2–2,5 часа без перерыва. Ограничение вводится по той причине, что за это время происходит очень интенсивная переработка опыта, в которой задействованы достаточно сильные эмоции.

Техника дебрифинга

Дебрифинг имеет четкую структуру и включает в себя *семь последовательных фаз:*

- вводная фаза;
- фаза описания фактов;
- фаза описания мыслей;
- фаза описания переживаний;
- фаза описания симптомов;
- фаза обучения;
- завершающая фаза

Вводная фаза.

Начинается процедура со *знакомства* – дебриферы и участники представляются. Ведущие выражают сожаление по поводу случившегося.

Затем устанавливаются *цели дебрифинга* – помочь справиться с последствиями травмирующего события. Следует подчеркнуть, что дебрифинг – это не психотерапия, эта процедура позволяет поделиться своими чувствами и реакциями, помочь себе и другим, узнать о том, какие бывают обычно реакции на подобные события и как с ними справляться.

Для создания атмосферы безопасности принимаются *правила*. Рекомендуемые правила:

- Оставаться в течение всего времени (два часа).
- Говорить только от себя (не обобщать высказывания).
- Не уходить от темы.
- Право не высказываться.
- Относиться друг у другу с уважением, не высказывать оценочных суждений.
- Сохранение конфиденциальности.

Участники могут дополнить этот список. Могут задать уточняющие вопросы. Правила обозначаются для того, чтобы уменьшить тревогу, которая естественным образом может возникать у участников. Декларируется, что ни одного из членов группы не могут

принуждать говорить что-либо против его воли. Единственное условие участия – они должны назвать свое имя и выразить свое отношение к катастрофе или тому событию, участником или свидетелем которого они были. Однако от них требуется умение выслушивать, не перебивая и давая возможность высказаться всем желающим.

Члены группы должны быть уверены в соблюдении конфиденциальности содержания встречи. Ведущий дает гарантию, что все сказанное не выйдет за рамки этого круга. Членов группы также просят соблюдать конфиденциальность. Однако, можно обсудить возможность публикации обобщенных фактов. Возможно, что тогда они смогут помочь другим людям, вовлеченным в данную ситуацию или подобные, избавиться от ощущения уникальности собственных переживаний, которое ведет к замкнутости в себе и изоляции.

Нужно, чтобы участники знали, что дебрифинг не предполагает оценок, критики, споров.

[…] во время процедуры возможно оживление сильных переживаний. Из-за этого участники могут почувствовать себя хуже. Но это необходимый этап проработки травматического опыта, без которого невозможно от этих переживаний освободиться. Однако это этап, и он будет иметь завершение.

Ведущие должны убедиться, что в помещении нет никого из посторонних – например, любопытствующих журналистов или представителей администрации, не имеющих непосредственного отношения к событию.

Фаза фактов.

Участникам предлагается по кругу ответить на следующие *вопросы*:

- Кто вы и как связаны с событием (или с жертвой)?
- Где вы были, когда случилось событие?
- Что случилось?
- Что вы видели? Слышали?

Таким образом, каждый человек кратко описывает то, что *произошло с ним во время инцидента*: как он увидел событие и какова была последовательность произошедшего.

Здесь возможны перекрестные вопросы участников друг другу, помогающие прояснить и сформировать объективную картину произошедшего. Это дает возможность восстановить ощущение ориентации в ситуации, что может способствовать упорядочиванию мыслей и чувств. Знание всех событий и их последовательности создает ощущение когнитивной организации. Продолжительность

фазы фактов может варьироваться. Чем дольше длился инцидент, тем длиннее должна быть эта фаза однако следует помнить, что это лишь этап работы. Стремление создать единое представление может привести к застреванию на ней. Так или иначе, человек может иметь собственное видение ситуации, которое определяется разными факторами: его местоположением в этот момент, длительностью участия, замеченными мелочами и др. Собственное видение определяет личный смысл случившегося для данного конкретного человека и становится впоследствии источником страданий.

Фаза мыслей.

На этой фазе дебрифинг фокусируется на процессах принятия решений и мышления.

Участники отвечают на *вопросы*:

- Какова была ваша первая мысль, когда вы осознали, что произошло? (вопрос для свидетелей события, спасателей, пострадавших).
- Какова была ваша первая мысль, когда вы узнали, что произошло? (вариант для тех, кто не был непосредственным свидетелем).
- Какие решения вы принимали? Почему?

Первая мысль зачастую содержит то, что составляет сердцевину тревоги. Однако высказать эти мысли для участников может быть затруднительно, потому что эти мысли кажутся неуместными или причудливыми или недостойными. Тем более важно поделиться ими. Сопоставление своей реакции с подобными реакциями других людей *снижает напряжение и формирует общность*.

Фаза чувств.

Обычно это самая длительная фаза дебрифинга. Предыдущие фазы актуализировали переживания, которые достаточно сильны и могут быть разрушительны для человека.

Задача этого этапа – создать такие условия, при которых участники могли бы *вспомнить и выразить сильные чувства* условиях поддержки группы и в то же время поддержать других участников, которые также испытывают сильные страдания.

На этой фазе могут помочь такие *вопросы*, как:

- Как вы реагировали?
- Что было для вас самым ужасным из случившегося?
- Что запомнилось вам наиболее ярко?
- Какие телесные ощущения вы испытывали во время события?
- Что вы сказали бы погибшему, если у вас была бы такая возможность?

Желательно, чтобы все высказались по порядку. Однако, если группа большая, то отвечать можно в произвольном порядке.

Задача ведущих- поддерживать выражение чувств со стороны участников.

При этом нужно поощрять участников отвечать друг другу, высказывать поддержку и выражать ее другими средствами (прикосновением, объятием, взглядом). Особенно важно мобилизовать групповую поддержку в моменты, когда состояние говорящего ухудшается.

Участники должны чувствовать, что любые их эмоции имеют право на существование, что они важны и достойны уважения.

Часто звучат такие чувства как ужас, страх, беспомощность, бессилие, одиночество. Очень характерное чувство для переживших катастрофу – чувство вины. Люди осуждают себя за те решения, которые им приходилось принимать в условиях недостатка информации, суеты и паники. Если кто-то из бывших с ними погиб, возможно возникновение переживания, которое называется "вина выжившего" – когда человек ощущает ответственность за их гибель, вину за неспособность помочь им и спасти погибших, переживает мысленные установки типа: "лучше бы вместо него погиб я".

Если у кого-то из участников ухудшается состояние, то это – ключевой момент для мобилизации групповой поддержки, сигнал соседу: положить руку на плечо или взять его руку в свою; сказать о том, что слезы здесь совершенно уместны и приемлемы.

Прикосновения являются очень мощным средством выражения поддержки. Люди, которые работают вместе, особенно если это мужчины, часто испытывают затруднения, когда нужно прикоснуться к коллеге, даже чтобы утешить, поэтому они нуждаются в особом разрешении.

Если кто-то выходит за дверь, один из ведущих должен последовать за ним и поговорить с ним какое-то время, чтобы поддержать и дать выразить сильные чувства. Выражение интенсивных чувств снизит напряжение и позволит вернуться в группу.

Важно обратить внимание на тех, кто кажется наиболее травмированными, кто молчит или у кого есть особенно выраженные симптомы. Это могут быть те, кто более всего подвергался риску. К таким участникам следует подойти после окончания и поговорить индивидуально.

Фаза симптомов.

Иногда эта фаза объединяется с предыдущей или последующей фазой. Но иногда имеет смысл выделить ее в отдельный этап

работы. Некоторые реакции из-за своей необычайности должны быть обсуждены более детально.

Участников просят описывать симптомы (эмоциональные, когнитивные и физические), которые они пережили на месте действия; после завершения опасной ситуации; когда они возвратились домой; в течение последующих дней и в настоящее время.

Обязательно нужно задать вопросы о необычных переживаниях, о трудностях возврата к нормальному режиму жизни и работы.

Обучающая фаза.

На этой фазе обобщаются реакции участников и предоставляется информация о типичных реакциях на стресс.

Основные проявления посттравматического расстройства (ПТСР):

· *Симптомы повторения*. Повторяющиеся навязчивые воспоминания трагедии. Эпизоды "оживления" пережитого в форме иллюзий, галлюцинаций, флэшбэк-эпизодов. Повторяющиеся сновидения.

· *Симптомы избегания*. Стремление избежать разговоров, мыслей, чувств, мест, людей – всего, что может напоминать о трагедии. Блокировка (провалы) памяти. Отчуждение от близких.

· *Симптомы возбуждения*. Трудности засыпания и сохранения сна. Раздражительность, необоснованные вспышки злости. Трудности концентрации. Сверхбдительность. Преувеличенные реакции испуга.

Информацию можно раздать участникам в письменном виде и попросить их определить, какие из этих реакций они переживают.

Нужно:

· подчеркнуть то, что описанные состояния и симптомы – это нормальная реакция на ненормальную ситуацию, что со временем они пройдут;

· рассказать, каких реакций можно ожидать по прошествии некоторого времени;

· поговорить о методах самопомощи, о том, как участники смогут позаботиться о себе;

· информировать участников о том, где они смогут получить помощь;

· ответить на вопросы участников.

Завершающая фаза.

Для "заземления" опыта группы нужно:

- Кратко суммировать то, что было сказано.
- Спросить, не осталось ли чего-то важного, о чем хотелось бы сказать сейчас.

- Поблагодарить всех за участие, за то, что смогли поделиться своими чувствами, поддержать друг друга.
- Напомнить о конфиденциальности.
- Предложить участникам подумать о том, как они смогут поддерживать друг друга в дальнейшем.
- Возможно определить время и место новой встречи, которую они смогут организовать сами или при поддержке ведущих.

Пост-дебрифинг.

В течение 20–30 минут после завершения следует уделить время тем из участников, которые вызвали наибольшее беспокойство у ведущих, поговорить с ними один на один.

Затем необходимо обсудить с лидером проделанную работу, дать друг другу обратную связь, проговорить наиболее важные моменты.

Ведущие должны продумать пути профилактики возникновения у себя вторичной травматизации: каким образом они смогут позаботиться о себе, о самовосстановлении после проделанной работы, которая могла вызвать у них сильные чувства. Где и с кем они смогут отреагировать собственные эмоции от услышанного. Какие методы самопомощи они смогут использовать для себя.

Конторович В. А., Анцупова Г. Л. Психологический дебрифинг как одна из форм помощи вскоре после участия в кризисной ситуации // Особенности проявления посттравматического стрессового расстройства у военнослужащих – участников боевых действий и членов их семей. Стратегия психологической помощи: Сборник статей. – г. Ростов-на-Дону, 2001.

Логинова Е.Т.

СЕМЕЙНЫЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ СТРАТЕГИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

[…] Поиск новых путей, форм, средств поддержки семьи, имеющей ребенка с умеренной умственной отсталостью, является актуальной проблемой современной специальной педагогики. В связи с этим крайне актуальным представляется определение видов семейной реабилитации, наиболее эффективной для развития данной категории детей.

На наш взгляд наиболее значимыми для изучения являются такие стратегии, как стратегия безразличия; стратегия функционального развития; стратегия интеллектуального развития; стратегия ожидания интервенции; семейно-центрированная стратегия; стратегия невмешательства.

Для семей, использующих стратегию безразличия, как преобладающую, характерно отсутствие базового ухода. Данная стратегия присуща в основном асоциальным семьям. Безразличие выражается в равнодушии к судьбе ребенка, его будущему, отсутствии полноценного ухода за ребенком. Стратегия безразличия не только не способствует улучшению состояния ребенка, но оказывает крайне негативное влияние на его развитие. Как, правило, в таких семьях остальные параметры находятся на крайне низком уровне (материальное благосостояние, низкий уровень общей культуры, неудовлетворительное отношение к ребенку).

Семьи с преобладающей стратегией функционального развития стремятся найти пути функциональной компенсации имеющихся нарушений. Родители адекватно оценивают своего ребенка, трезво представляют его перспективы и основные усилия направляют на то, чтобы ребенок максимально мог социализироваться в дальнейшей жизни. Конструктивное отношение – это эмоциональная адаптация, когда родители способны любить и принимать своего ребенка таким, какой он есть вместе с его болезнью.

Следование стратегии интеллектуального развития оказывает положительное влияние на ребенка, однако при этом много сил и внимания уделяется образованию ребенку (обучение его академическим знаниям), а остальным сферам семейной реабилитации и развития ребенка внимания уделяется недостаточно.

Стратегия ожидания интервенции относится к группе оптимально сфокусированных стратегий. Семьи, которые в процессе реабилитации ребенка используют данную стратегию, обычно демонстрируют хорошие показатели по отношению к ребенку, обладают средним уровнем материального благосостояния, но имеют невысокий уровень реабилитационной культуры и реабилитационной активности. Основная проблема в подобных семьях – это отсутствие необходимых знаний и навыков. Родители не всегда правильно понимают, в какую сторону им следует приложить свои усилия в процессе семейной реабилитации ребенка. Факт отсутствия необходимой и достаточной информации по вопросам, связанным с реабилитационным процессом, отличает их от семей, использующих стратегию функционального развития. Эти семьи открыты для

сотрудничества, им просто необходима помощь опытных специалистов. Для них характерны налаженные контакты как внутри семьи, так и с окружающим их социумом. Данная стратегия представляет собой ожидание некоторого внешнего толчка или события, которое даст возможность семье начать максимально эффективно использовать не только внешние, но и внутренние ресурсы семьи.

Если ребенок имеет слаборазвитые навыки самообслуживания на фоне высокого уровня обеспечения его безопасности, то такая семья ориентирована на семейно-центрированную стратегию. Для нее свойственно, когда все усилия родителей направлены на защиту ребенка от всех "неблагоприятных" внешних факторов среды. Ребенка сильно опекают, он получает много внимания и заботы, но при этом реабилитационные мероприятия проводятся в минимальном объеме. Данная стратегия относится к группе неоптимально сфокусированных. Она характеризуется невысоким уровнем реабилитационной культуры и активности при очень хорошем отношении к ребенку. Все члены семьи, особенно матери, живут в таких семьях ради удовлетворения всех потребностей ребенка. Ребенок не владеет навыками самооб служивания и у него недостаточно стимулов овладеть таковыми. В семьях, придерживающихся семейно-центрированной стратегии, родители не заинтересованы в социализации своего ребенка.

Стратегия невмешательства заключается в предоставлении ребенку только базового ухода, во всем остальном родители не видят смысла и не желают проявлять какую-либо активность. Как правило, в таких семьях наблюдается отчуждение родителей от ребенка с нарушением в развитии. Оно проявляется, когда родители смирились с нарушением, но не принимают самого ребенка. Родители не хотят заниматься его развитием и адаптацией, но в силу чувства долга они исполняют свои обязанности и продолжают о нем заботиться.

Для определения преобладающих стратегий семейной реабилитации нами было проведено анкетирование родителей, чьи дети посещают специальную (коррекционную) школу VIII вида.

Рассмотрим полученные результаты в рамках семейных реабилитационных стратегий, а именно: основной уход, функциональное развитие, обучение, социальная реабилитация, обеспечение безопасности, навыки самообслуживания.

Не вызывает сомнения, что практически за всеми (95%) детьми осуществляется основной уход. Иначе говоря, дети полноценно питаются, родители следят за соблюдением всех гигиенических процедур, а также стараются по возможности придерживаться

определенногоь режима дня. Большое внимание в семье уделяется состоянию здоровья ребенка. Однако, в некоторых семьях (5 % и 8 % соответственно) данная базисная потребность детей удовлетворяется на низком уровне. Так, родители из этих семей в целом отметили, что считают нецелесообразным следить за выполнением ребенком всех гигиенических процедур и придерживаться строгого распорядка дня. Слежение за здоровьем детей было возложено на медицинский персонал школы и на медицинский персонал лечебных учреждений. Нами было отмечено, что все семьи, получившие низкий уровень по данному параметру, относятся к неполным семьям с низким образовательным цензом матерей. Достоверность отсутствия различий подтверждается статистическим анализом с использованием критерия Стъюдента. Необходимо констатировать, что данные семьи использовали стратегию безразличия. Матерям в целом характерно достаточно безразличное отношение к здоровью ребенка, к развитию его потенциальных возможностей, а сам факт несвоевременности лечения и коррекционно-развивающего обучения снижает возможность социализации ребенка. Подобное несознательное отношение к своим детям, несоблюдение режима дня, игнорирование реабилитационных мероприятий требует организации специальной работы с выявленными семьями.

Очень показательны результаты, полученные при анализе уровня значения такого параметра, как функциональное развитие. Всего лишь 20 % семей максимально заботятся и уделяют пристальное внимание поиску путей компенсации имеющихся нарушений и социализации детей. Не осознавая того сами, они придерживаются идей и принципов концепции независимой жизни для своих детей. Они дают право своим детям жить такой же жизнью, как и обычные дети, не требуют невозможного, не игнорируют и не отстраняются от них. Следовательно, можно констатировать, что данные семьи придерживаются стратегии функционального развития, являющейся самой оптимально сфокусированной. Именно эти родители вовлекались специалистами школы в работу групп родительской взаимопомощи.

Мы выделили основные установки, которых придерживаются семьи, практикующие стратегию функционального развития:

1) наш ребенок по-своему уникален, как и другие дети, просто у него своя особенность, поэтому с ней не стоит бороться и пытаться её вылечить, надо способствовать тому, чтобы ребенок смог в дальнейшем выжить;

2) у нашего ребенка такие же права, как и у всех остальных детей, поэтому мы как родители будем всячески способствовать его развитию;

3) мы не ставим изначально недостижимых результатов перед ребенком;

4) мы радуемся каждым сдвигам и изменениям в его развитии;

5) нам нравится наблюдать за его маленькими достижениями.

Соответственно 80 % родителей не могут конструктивно оценить своих детей и их потенциальные возможности. Они, как правило, завышают способности своих детей, неадекватно представляя себе их будущее. Эти семьи (получившие низкий уровень значения по данному параметру) нуждаются в психологической и педагогической помощи.

Следующий рассматриваемый нами параметр – это обучение. Среди родителей учеников школы 82 % ориентировано именно на обучение. Семьи с высокими показателями по параметру "обучение" используют такую семейную реабилитационную стратегию, как стратегия интеллектуального развития. Данная стратегия относится к неоптимально сфокусированным, так как родители акцентируют все усилия на обучении ребенка, а при этом остальным сферам реабилитации и развития ребенка внимания уделяется недостаточно. Вероятно, что родители, придерживающиеся этой стратегии, пытаются компенсировать образованием наличие нарушений в развитии своего ребенка. Содной стороны, позиция этих родителей, деятельных и целеустремленных, заслуживает уважения, так как, несмотря на тяжелую патологию, они строят далекоидущие планы для своих детей. Но с другой стороны, эта стратегия акцентирует внимание лишь на обучение ребенка и основывается больше на собственных интересах псевдонормальности, а не на реальных потребностях и возможностях детей. Это создаёт перекосы между интересами родителей, реальными возможностями ребенка и уровнем требований к нему. Часто родители несчитаются с желаниями и интересами ребенка. Они в первую очередь направляют все усилия лишь на его обучение, мотивируя это своими желаниями "хоть что-то сдвинуть", не желая даже допускать мысль о том, что их ребенку не под силу говорить или читать. Тяжелые нарушения не дают ребенку возможности приблизиться к норме и произвести какие-либо коренные сдвиги в развитии, а постоянные занятия лишь изматывают ребенка и подрывают его физическое здоровье. В связи с этим вполне закономерно, что родители, выбравшие обучение в школе, реализуют как преобладающую именно стратегию интеллектуального развития. При

поступлении в учебное заведение они возлагают чрезмерные надежды на обучение, считая, что если ребенок учится в школе, его непременно научат "хотя бы читать, писатьи считать".

Следующий параметр – это так называемая социальная реабилитация. В первую очередь здесь идет речь о потребности в дополнительных услугах, а также о расширении социальных контактов ребенка. По полученным результатам 57 % родителей озабочены расширением социальных контактов своих детей. Они понимают всю важность данного аспекта реабилитации. Кроме этого, им бы хотелось расширить спектр оказываемых им услуг. Примечательно, что большинство отметили такие пункты анкеты, как домашние визиты психолога, социально-психологическая помощь семье, дополнительные образовательные услуги и развитие профессиональных навыков. Однако следует сказать, что при понимании важности данных аспектов реабилитации сами родители особых усилий со своей стороны не прилагают. Только 43 % родителей получили по данному параметру низкие показатели. Среди них есть те, для которых эта реабилитационная область не является важной (5 %) и те, которые данные проблемы решили самостоятельно: обращались за психологической помощью, определили ребенка в досуговые учреждения и т. д.

Семьи, которые ожидают массированной помощи со стороны специалистов, ориентированы на стратегию ожидания интервенции. Она относится к оптимально сфокусированным. Родители, которые используют данную стратегию, не жалеют сил и времени на привлечение внешних ресурсов. Они готовы к сотрудничеству и партнерству, при этом осознают, что результат не будет существенным и мгновенным, что на все необходимо время и постоянство усилий. Эти семьи открыты к общению, у них, как правило, налажены хорошие отношения как внутри семьи, так и с окружающим их социумом. У них есть друзья и контакты.

Необходимо отметить, что данная стратегия представляет собой ожидание некоторого внешнего толчка или события, которое даст возможность родителям начать максимально использовать не только внешние, но и внутренние ресурсы семьи. Мы выявили, что семьям, которые используют стратегию ожидания интервенции, присущи следующие черты:

1) уважительное отношение к личности ребенка, несмотря на тяжелые интеллектуальные нарушения;

2) благоприятный психоэмоциональный климат в семье, доброжелательность членов семьи, терпимость, понимание, забота;

3) обеспечение хорошего ухода;

4) обеспечение безопасности;

5) ответственность и самокритичность.

Стратегию ожидания интервенции от стратегии функционального развития отличает только факт отсутствия необходимой и достаточной информации, а также навыков реабилитации своих детей, имеющих умеренную умственную отсталость.

Следующий параметр, который мы проанализировали – обеспечение безопасности. Высокий уровень был зафиксирован у 78 % семей. В целом можно констатировать, что только 22 % родителей не всегда обеспечивают ребенку полную безопасность. Чаще всего родители отмечали, что не могут выделить ребенку дома безопасное место из за имеющихся жилищных условий и что не всегда ребенок находится под присмотром взрослых.

И, наконец, последний параметр – это навыки самообслуживания. Только 32 % родителей получили высокий уровень. Это свидетельствует о том, что родители склоняются к тому, что у их детей данные навыки сформированы недостаточно. Родители нуждаются в обучающей помощи со стороны специалистов.

Соотношение этих двух последних параметров определяет две стратегии – семейно-центрированную и стратегию невмешательства. Обе они относятся к неоптимально сфокусированным. Семейно-центрированная стратегия фиксируется при высоком уровне обеспечения безопасности и низком уровне навыков самообслуживания. Для семьи, ориентированной на данную стратегию, характерно состояние, когда все усилия родителей направлены на защиту ребенка от всех "неблагоприятных" внешних факторов. Родители, использующие данную стратегию, считают, что поскольку их ребенку и так тяжело, то не следует усугублять его состояние "излишне утомительными" развивающими занятиями, а также пытаются его уберечь от внешних контактов. Ребенка очень сильно опекают, он получает много внимания, заботы, эмоционального тепла и защиты. Но при этом наблюдается практически полное отсутствие функциональной реабилитации. В основном этой стратегии придерживаются семьи, обладающие следующими характерными особенностями:

1) полная расширенная семья;

2) немолодые родители (на момент рождения возраст от 30 лет);

3) единственный ребенок в семье (второго родители, как правило, не планируют в силу возраста или боязни того, что и второй ребенок родится с патологией);

4) в воспитании используется тактика гиперопеки;

5) родители постоянно испытывают чувство вины перед ребенком;

6) патология ребенка становится неотъемлемой частью в жизни всей семьи, постоянно акцентируется внимание на то, что и сколько сделано для ребенка;

7) очень сильная эмоциональная и психологическая привязанность к ребенку со стороны родственников, особенно матери;

8) практически полное отрешение ребенка от самостоятельных действий, в семье занижены требования к ребенку.

Всё вышеперечисленное свидетельствует о том, что эта стратегия не является оптимально сфокусированной. Она характеризуется невысоким уровнем реабилитационной культуры и активности при хорошем отношении к ребенку. Все члены семьи, особенно матери, живут в таких семьях только ради ребенка, чтобы удовлетворить его потребности. Таким образом, происходит их самореализация в заботе о ребенке. Нарушение превращается в некий культ. Ребенок или не владеет вовсе или владеет очень слабо навыками самообслуживания и у него недостаточно стимулов овладеть таковыми. В этих семьях родители не заинтересованы в социализации своего ребенка, поскольку его нарушение уже стало для них необходимым компонентом детско родительских отношений.

Стратегия невмешательства по своим параметрам схожа с семейно-центрированной стратегией. Считается, что семья использует эту стратегию если значение показателей обучения, обеспечения безопасности и всех показателей, оценивающих функциональную и социальную реабилитацию, находятся на низком уровне. Покзатель параметра "навык самообслуживания ребенка в семье", использующей стратегию невмешательства, как и в случае семейно-центрированной стратегии, обычно должен находиться на низком уровне.

Стратегия невмешательства подразумевает заботу родителей только о насущных потребностях ребенка на фоне отчуждения. Разочарованные ожидания родителей очень сильно влияют на психоэмо-циональную сферу ребенка. Родители проводят с ребенком мало времени, вследствие чего он испытывает дефицит эмоционального общения.

В отличие от стратегии ожидания интервенции, данные семьи закрыты и не хотят вторжения специалистов в их личную жизнь. В таких семьях ребенок зачастую становится обременением и впоследствии может попасть под опеку государства. При использовании родителями стратегии невмешательства не ведется даже речи о социализации, реабилитации и интеграции ребенка. Эти параметры у семьи находятся на низком уровне. Даже если семья ведет активный

образ жизни, то особого ребенка, как правило, не включают в эту активность. Родители стесняются бывать с таким ребенком на улице, его не показывают приходящим в дом гостям. По мнению членов семьи, у их ребенка нет перспектив, он уже не такой как все и от него ничего не ждут. Для данной стратегии характерно неудовлетворительное отношение к ребенку, низкий или средний уровень материального благосостояния и очень низкие показатели реабилитационной культуры и активности.

[…] все типы семей, использующих неоптимально сфокусированные стратегии, схожи по ряду проблем. Главная из проблем состоит в том, что образ жизни семей, использующих неоптимально сфокусированные стратегии семейной реабилитации, подчинен нарушению, имеющемуся у ребенка, он ориентирован на него. Родители в этих семьях углубляются в переживание собственной драмы, независимо от того, какую стратегию реабилитации они используют. Тем самым они осложняют процесс реабилитации и социализации собственных детей. Что более всего выделяет и объединяет семьи, ориентированные на использование неоптимально сфокусированных стратегий семейной реабилитации, так это то, что родители в этих семьях не дают адекватной оценки своему ребенку. Такие семьи впадают в крайности, они или безгранично любят и не задумываются о будущем своего ребенка или планируют ему совершенно невозможное будущее, в котором ребенок долженовладеть рядом сложных для него навыков, достичь нереальных высот в какой-либо сфере деятельности.

Семьи, использующие неоптимально сфокусированные стратегии семейной реабилитации, должны были быть переориентированы на использование другой стратегии. Это должно было быть, и было учтено, при составлении плана индивидуальных реабилитационных мероприятий специалистами школы с данными семьями.

Логинова Е. Т. Семейные реабилитационные стратегии для детей с ограниченными возможностями здоровья // Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина – Вып. № 3. – Т. 3 . – 2011.

Шевелева Д.Е.

ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ КАК ФАКТОР ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

На протяжении многовековой истории человечества отношение к людям, имеющим отклонения физического и психического здоровья,

изменялось от отвержения и ненависти к состраданию и терпимости. Во времена раннего христианства на фоне повсеместного распространения предубеждения против людей с явно выраженными физическими и психическими заболеваниями церковь, проповедуя милосердие и сострадание, впервые привлекает внимание общества к жизни страдающих недугами. В XII–XIII веках в странах Европы появляются первые приюты для воинов, потерявших здоровье на поле битвы. До 70-х годов XX века в странах Западной Европы и США люди с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) представляли собой обособленную группу, исключительно объект заботы социальных служб.

Призренческо-патерналистская политика в отношении людей с отклонениями физического или психического здоровья противоречит провозглашенному многими развитыми странами курсу на гуманизацию социальных отношений: оказывая людям с ОВЗ исключительно материальную и медицинскую помощь, государство продолжает действовать в рамках политики сегрегации, не признавая тем самым право людей с нарушениями здоровья на полноценную жизнь, удовлетворение потребностей, соответствующих возрастным и индивидуальным особенностям. Решить возникшую проблему может переход к "инклюзивному обществу", т. е. к такому типу социальных отношений, при которых различия между людьми рассматриваются не как угроза стабильности, а как ресурс для взаимного обогащения. Стратегические задачи инклюзивного общества – создать безбарьерную среду (архитектурную, образовательную, культурную), предоставить каждому человеку возможность реализовать свои способности, быть включенным в социальные, политические, экономические процессы.

Один из компонентов инклюзивного общества, – инклюзивная система образования, рассматривается не как статичное образование, с трудом поддающееся изменениям, а как динамический процесс, направленный на постоянную адаптацию условий обучения к индивидуальным особенностям каждого учащегося. Обучение в общеобразовательной школе по месту жительства совместно со здоровыми сверстниками признано во всем мире гуманной альтернативой учреждениям специального образования. Обучаясь в специальной школе, ребенок вынужден много времени тратить на дорогу или проживать в интернате, что лишает его привычного окружения. Он испытывает дефицит общения со здоровыми сверстниками. […]

Часто ситуация развития ребенка с психическим или физическим отклонением радикально отличается от ситуации развития его здоровых сверстников. Все усилия родителей, врачей и педагогов

направляются на лечение, коррекцию имеющегося дефекта; ребенку отводится единственная социальная роль – пациента. Обучение в специальной школе также ставит перед собой задачу: выстроить всю коррекционно-педагогическую работу таким образом, чтобы максимально приблизить физическое и психическое развитие учащегося к "норме". Вместе с тем, как замечает Н. Н. Малофеев, никто не задумывается, что "особый" ребенок имеет право на полноценное проживание детства – общение со сверстниками, игры и развлечения, заботу и внимание родных, не преследующих ежеминутно коррекционные цели.

В общеобразовательной школе могут быть созданы условия не только для включения ребенка с ОВЗ в среду здоровых сверстников и последующей успешной социализации, но и для раскрытия и развития всех его потенциальных возможностей. […]педагогическая реабилитация должна быть направлена на внутреннее преобразование человека, ведущее к пробуждению и раскрытию способностей с целью максимально полной реализации индивидуума как личности. […]

Антропологический подход, базирующийся на принципе целостности, рассматривает нарушение развития только как одну из составляющих физического, психического и духовного образа человека. В этом случае дефект не является преградой для полноценного личностного становления, так как любой человек располагает внутренними ресурсами, в качестве базиса для адекватного личностного восстановления в возможно полном объеме.

Содержательно неразрывным с антропологическим подходом выступает аксиологический, согласно которому ценность человека определяется не его актуальными или потенциальными производственными возможностями, а самим фактом его существования. Аксиологический подход утверждает идею самоценности человека, в том числе и с ограничениями.

Отношение общества к людям с ОВЗ определяется уровнем развития культуры – в современном культурном поле им отводится неизымаемое и неотчуждаемое место. Сущность культурологического подхода заключается в том, что введение в пространство культуры – и предпосылка, и результат педагогической реабилитации ребенка с отклонением развития.

Принцип холистического антроподинамизма исключает дефект психического или физического развития из факторов, препятствующих духовному становлению человека. Данный принцип представляет собой целостный способ рассмотрения человека, позволяет

видеть в нем ценность, вносящую вклад в общее развитие человечества, ориентирует реабилитацию на необходимость постоянных изменений динамического характера.

Педагогическое сопровождение учащегося с ОВЗ должно быть направлено не только на коррекцию имеющегося отклонения, но и на помощь в нахождении путей постоянного духовно-нравственного развития, обучение действовать даже в ситуации ограничения, "инаковости". […]. Для построения педагогической практики инклюзивного обучения в соответствии с принципом холистического антродинамизма необходимо переориентировать работу общеобразовательной школы […].

Гипертрофированная ориентация на академическую успеваемость приводит к умалению значения социального развития учащихся, недооценке потенциальных возможностей каждого человека к постоянному духовному становлению. Цель инклюзивной школы – создать образовательное пространство, обеспечивающее каждому учащемуся интеллектуальное, социальное, личностное и духовное развитие.

В заключение отметим, что хорошая успеваемость учащегося с ОВЗ, посещающего общеобразовательную школу, не может являться достаточным критерием для оценки эффективности учебно-воспитательного процесса. О соответствии результатов заявленным целям – социализации и самоопределения посредством образования – можно говорить лишь в том случае, если в самосознании учащегося с отклонениями развития произошел переход от дефектоориентированной позиции к позиции, включающей в себя знание и позитивную оценку своих способностей и потенциальных возможностей, потребность постоянного самосовершенствования.

Шевелева Д.Е. Инклюзивное образование как фактор педагогической реабилитации // Инклюзивное образование: методология, практика, технологии. – С. 13-15. – Режим доступа: http://psyjournals.ru/inclusive_edu/issue/43979_full.shtml. – Информация с екрана.

Акимова О.И.

ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ КАК СОВРЕМЕННАЯ МОДЕЛЬ ОБРАЗОВАНИЯ

Современный мир переживает коренную смену подходов к образованию и к социокультурной политике в целом. Это обуслов-

лено переориентацией общества на развитие и формирование личностных качеств человека. Для XXI столетия характерно понимание, что только самореализация личности является основной целью любого социального развития. Эти изменения в общественном сознании вызвали появление новой парадигмы образования, которая опирается на подходы и понятия, выработанные современной практикой. К ним можно отнести, в частности, понятие "инклюзивное образование".

ЮНЕСКО дала наиболее универсальное определение инклюзивного образования как целостного феномена, предполагающего равный доступ к качественному образованию всех детей без исключения. […]

В процессе исторического развития образовательная система детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) прошла путь от изоляции до инклюзии. Историю обучения детей с особенностями развития в школе можно условно разбить на следующие этапы. С начала до середины 60-х годов XX века – "медицинская модель", которая вела к изоляции людей с ОВЗ. С середины 60-х до середины 80-х годов – "модель нормализации", интегрирующая людей с ОВЗ в общественную жизнь. С середины 80-х годов XX века до настоящего времени – "модель включения", т.е. инклюзия [6].

[…] Инклюзия признана более развитой, гуманной и эффективной системой образования не только детей с особыми образовательными потребностями, но и здоровых детей. Инклюзия дает право на образование каждому независимо от соответствия или несоответствия критериям школьной системы. Школа выполняет не только образовательные функции, но и является основной сферой жизнедеятельности ребенка. Через уважение и принятие индивидуальности каждого из них происходит формирование личности, имеющей свою собственную образовательную траекторию. […] инклюзивное образование расширяет личностные возможности всех детей, помогает выработать такие качества, как гуманность, толерантность, готовность к помощи. […]

Анализ исследований по проблеме инклюзивного образования позволяет отметить, следующие принципы инклюзии:

- признание равной ценности для общества всех учеников и педагогов;
- повышение степени участия учеников в культурной жизни местных школ и одновременное уменьшение уровня изолированности части учащихся от общешкольной жизни;

- реструктурирование методики работы в школе таким образом, чтобы она могла полностью отвечать разнообразным потребностям всех учеников, проживающих рядом со школой;
- устранение барьеров на пути получения знаний и полноценного участия в школьной жизни для всех учеников, а не только для тех, кто имеет инвалидность или относится к тем, у кого есть особые образовательные потребности;
- анализ и изучение попыток преодоления барьеров и улучшения доступности школ для отдельных учеников, проведение реформ и изменений, направленных на благо всех учеников школы в целом;
- различия между учениками – это ресурсы, способствующие педагогическому процессу, а не препятствия, которые необходимо преодолевать;
- признание права учеников на получение образования в школах, расположенных по месту жительства;
- улучшение ситуации в школах в целом, как для учеников, так и для педагогов;
- признание роли школ не только в повышении академических показателей учащихся, но и в развитии общественных ценностей;
- развитие отношений поддержки и сотрудничества между школами и местными сообществами; признание инклюзии в образовании как одного из аспектов инклюзии в обществе.

Суть данных принципов – в доступности школьного образования для всех детей, проживающих рядом со школой. Должен быть обеспечен физический доступ учеников с ограниченными возможностями здоровья в школы – транспорт, пандусы, подъемники.

Необходимо составить такую структуру учебной программы, чтобы она была наиболее мобильной, а разнообразие образовательных методик позволяло удовлетворить потребности всех учеников. Особое значение имеет внеклассная деятельность, формирующая из ученика личность независимо от его возможностей здоровья и развития. Инклюзия – не ущемление прав здоровых учеников в пользу детей с инвалидностью, а следующая ступень развития общества, когда образование становится реальным правом для всех.

В основе инклюзивного образования заложена позиция, согласно которой не дети созданы для школы, а школа создана для детей, т.е. школа должна учитывать потребности детей, а не дети должны подходить под те или иные рамки, которые установила школа. До этого было интегрированное образование, которое закреплено в

Стандартных правилах, и процесс обучения детей-инвалидов в обычных школах назывался "интегрированным образованием". Но сообществу инвалидов, родителям детей-инвалидов не очень-то нравилось интегрированное образование. Потому что оно, скорее, подразумевало: есть человек больной, он другой, не такой, как все, и есть общество, нормальное, и этого больного человека нужно как-то интегрировать в это нормальное общество. Тогда как инклюзивное образование говорит, что мы все здесь разные, и каждый по-своему особенный, но все мы принадлежим к этому конкретному сообществу. И все дети – одаренные, плохо владеющие русским языком или инвалиды, – которые живут на определенной территории, имеют право идти в ту или иную школу. Все они – Дети.

[…] Таким образом, проблема инклюзивного образования сложна, дискуссионна, но главное – она является действительно социальной, так как в ходе ее решения затрагиваются интересы колоссального числа людей. Общество должно предоставить любому человеку право выбора вида образования в зависимости от его интересов, потребностей, возможностей. […].

Акимова О.И. Инклюзивное образование как современная модель образования // Сборник. Инклюзивное образование: методология, практика, технологии. – Московский государственный психолого-педагогический университет. – 2011. – С. 10–11. – Портал психологических изданий PsyJournals.ru – http://psyjournals.ru/-inclusive_edu/issue/index.shtml – Информация с экрана.

ПРОФЕССИЯ ТЬЮТОР

Почему детям с разным уровнем возможностей важно учиться вместе?

Совместное обучение детей с разным уровнем возможностей позитивно по следующим причинам. В социальном аспекте роль школы очень высока. Дети учатся взаимодействовать друг с другом, они получают уникальный опыт взаимоотношений. У здорового ребенка гораздо больше ресурсов для быстрой социализации. У ребенка с особенностями развития, как правило, возможностей быстро усваивать навыки поведения в обществе гораздо меньше. Особенно это касается детей с расстройствами аутистического спектра, да и детям с другими проблемами бывает крайне трудно

устанавливать причинно-следственные связи, а также адекватно эмоционально реагировать на те или иные ситуации. Поэтому изоляция детей с особенностями развития приводит к еще большей их отчужденности от общества. А обучение среди обычных детей, наоборот, дает возможность адаптироваться к социуму.

С другой сороны, формирование способности здоровых детей сопереживать и оказывать поддержку "слабым" положительно сказывается на будущих отношениях выросших детей со своими маленькими детьми и со своими престарелыми родителями. Для здоровых детей присутствие в классе "особых" учеников дает возможность обрести опыт толерантности, внимательного отношения и заботы к другим людям

Успех совместного обучения несет в себе много радости – как для самих особых детей, так и для их родителей, для которых школьная успешность их ребенка – это прорыв на пути к нормализации жизни семьи и ее социальной адаптации в обществе. Школу можно действительно считать школой в полном смысле этого слова, когда ученики получают не только академические знания, но и полноценный опыт социальной жизни.

Профессия тьютора в инклюзивной практике

[…] Сегодня детям с ограниченными возможностями здоровья ОВЗ вовсе не обязательно обучаться в специальных учреждениях, они могут получить образование и лучше адаптироваться к жизни в обычной школе. Здоровым же детям это позволит развить толерантность и ответственность, качества так необходимые на сегодняшний день. Одним из наиболее важных условий успешности инклюзивного образования, является наличие системы сопровождения и поддержки детей с ОВЗ, в частности тьюторское сопровождение.

Тьютор (англ. tutor – наставник, опекун; лат. tueor наблюдаю, забочусь) – новая специальность в нашем образовании. Понятие тьюторства пришло из Великобритании, где это особая исторически сложившаяся педагогическая позиция, которая обеспечивает разработку Индивидуальных образовательных программ учащихся и студентов и сопровождает процесс индивидуального образования в школе, вузе, в системах дополнительного и непрерывного образования. В Англии тьютор прикрепляется к каждому ученику сразу после перехода в среднюю школу, а после помогает ему вести проекты в вузе.

Тьюторство – практика, ориентированная на построение и реализацию персональной образовательной стратегии, учитывающей

личный потенциал человека, образовательную и социальную инфраструктуру и задачи основной деятельности. Существуют различные интерпретации тьюторства […] Ковалевой Т.М. под тьюторством здесь понимается особый тип педагогического сопровождения ребенка – сопровождение процесса индивидуализации в ситуации открытого образования.

Тьюторское сопровождение – это педагогическая деятельность по индивидуализации образования, направленная на выявление и развитие образовательных мотивов и интересов учащегося, поиск образовательных ресурсов для создания индивидуальной образовательной программы. Индивидуализацию образования следует отличать от индивидуального подхода. Индивидуальный подход понимается как средство преодоления несоответствия между учебной деятельностью, учебными программами и реальными возможностями ученика. На каждом этапе обучения осуществляется учет особенностей учащихся, однако содержание образования неизменно. Деятельность тьютора в логике индивидуального подхода направлена на преодоление трудностей в обучении, связанных с индивидуальными особенностями ученика, на поиск ресурсов.

Принцип индивидуализации образования означает, что за учащимися остается право на выстраивание собственного содержания образования, собственной образовательной программы. Здесь тьютор сопровождает процесс построения и реализации ИОП, удерживает фокус своего внимания на осмысленности обучения, предоставляет учащимся возможности опробования, конструирования и реконструирования учебных форм, где стало бы возможно максимально проявить образовательные цели и мотивы через реальные действия детей. Задача тьютора – построение образовательного пространства как пространства проявления познавательных инициатив и интересов учащихся. […] средства тьюторской деятельности должны меняться в соответствии с возрастными особенностями учащихся.

Принцип открытости сегодня все чаще обсуждается как одна из качественных характеристик современного образования. Он предполагает, что не только традиционные институты (детский сад, школа, вуз и т.п.) имеют образовательные функции, но и каждый элемент социальной и культурной среды может нести на себе определенный образовательный эффект, если его использовать соответствующим для этого образом. Задача тьютора в рамках реализации принципа открытого образования – расширение образовательного пространства каждого учащегося, предоставление им как можно

большего разнообразия вариантов движения для самоопределения. Основой открытого образования становится **индивидуальная образовательная программа**, которая не привязана ни к конкретному учебному заведению, ни к стандарту, а привязана к конкретному учащемуся, конкретному человеку

Представление о тьюторстве как образе новой педагогической деятельности было серьезно обогащено и переосмыслено благодаря теоретическим разработкам культурно-исторической концепции Л.С. Выготского, в работах Б.Д. Эльконина, где большое место отведено фигуре посредника. "Социальное место посредника есть обслуживание необходимых границ социальной жизни, которое можно назвать переходами и встреча Это все переходы, в частности, по обозначенным в рамках образовательного движения человека, возрастным ступеням: детский сад, школа, вуз, работа и дальше карьера. Поскольку в работе с человеком мы еще не умеем строить этих переходов, то начинаем последовательно терять. В переходе от детского сада в школу – инициативность, в переходе из младшей школы в среднюю – мышление, в переходе из основной школы в старшую – целеполагание, в переходе из старшей в институт – самоопределение. Почему? Потому что встреча устроена неверно. Например, встреча детского сада и школы – это встреча и детского сада и школы, а не перевод из детского сада в школу, где школа остается такой, какая она есть, и пространство встречи не организует, а детский сад изо всех сил пытается делать вид, что он готовит к школе. В такой социальной организации посредничество превращается в помощь в адаптации к уже готовым правилам и нормам. Каждый нормальный педагог знает, что таким образом ничего не может быть освоено. Нормы и правила должны быть расшатаны и проиграны человеком и заново им воссозданы в функции нормы и правила".

Таким образом, тьюторское сопровождение заключается в организации образовательного движения ребёнка, которое строится на постоянном рефлексивном соотнесении его достижений с интересами и устремлениями. […]. Задача тьютора состоит в том, чтобы организовывать обучение ребенка с учетом его интересов и особенностей. Тьютор помогает ученику заниматься тем, что ему интересно, при этом не отставать в рамках общеобразовательной программы. Это характеристики тьютора для обычного ученика.

[…] В инклюзивном образовании позиция тьютора сохраняет свою основу, но приобретает и новые, особые составляющие. В инклюзивном образовании тьютор – это специалист, который

организует условия для успешного развития ребенка с ОВЗ с учетом его возможностей и потенциала. В тесном активном сотрудничестве с учителем, специалистами и родителями тьютор может создать для ребенка благоприятную среду для успешной учебы и социальной адаптации.

Сегодня тьюторами работают специальные педагоги (логопеды, дефектологи и т.д), педагоги без специального образования, психологи, студенты профильных вузов, училищ, а также родители ребенка с ОВЗ.[…] Далеко не каждый может выполнять функции тьютора для ребёнка с ОВЗ. Сопровождение детей с ОВЗ предъявляет особые требования к профессиональной и личностной подготовке специалистов, работающих в системе инклюзии.

Компетенции тьютора в инклюзивном образовании

[…] Перед тьютором в инклюзивном образовании стоит важная задача: помочь детям с особыми образовательными потребностями стать успешными в обществе. […]

Тьютор может и должен сопровождать не только образовательный интерес ребенка с ограниченными возможностями здоровья, но и его семью, сформировать вокруг ребенка с особыми образовательными потребностями толерантную к нему социо-культурную среду. Тьютор в инклюзивном образовании может учитывать потребности всех его участников, […] что позволит более успешно решать вопросы адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья в современном мире.

Компетенции тьютора в высшем образовании делятся на две группы: общие (универсальные) и профессиональные (предметно-специализированные). […] В нашем понимании, тьютором в инклюзивной школе должен быть человек, имеющий высшее специальное образование в области специальной педагогики и специальной психологии; иметь опыт педагогической, и, по возможности, практической деятельности с детьми с ограниченными возможностями здоровья; иметь практические представления о тех конкретных областях деятельности, которые имеют прямое отношение к обучению детей с ограниченными возможностями здоровья.

Достаточно высокие требования должны предъявляться к моральным и этическим качествам тьютора. Этот специалист должен обладать способностью оценивать свои личностные и профессиональные качества со стороны. Тьютор в инклюзии должен быть рефлексивной и рефлексирующей личностью, четко по- нимающей и удерживающей рамки своей профессиональной деятельности. Тьютор при работе с ресурсной картой, позволяющей определить

возможности ребенка и социальной среды, должен быть максимально безоценочен и нейтрален. […] нам видятся необходимыми следующие компетенции: адаптивность, стрессоустойчивость, владение современными информационными технологиями, выбор методов, средств и инструментария по решению профессиональных задач, толерантность, гибкость, готовность помочь (альтруистичность), личная эффективность в сложных и нестандартных профессиональных контекстах, организация и планирование, ответственность за качество, профессиональная рефлексивность, саморазвитие и личностный рост, коммуникативность. […].

Цели и задачи тьютора в инклюзивном образовании

Цель работы тьютора заключается в организации условий для успешного включения ребенка с особенностями развития в среду школы. Успешность включенности ребенка в школьную жизнь должна определяться с точки зрения развития его:

• Когнитивной (познавательной) сферы: знаний и навыков;

• Коммуникативной сферы: умения общаться;

• Эмоциональной сферы: психологической адаптации к процессу обучения в классе, возникновения и сохранения положительного эмоционального настроя по отношению к процессу обучения и нахожде нию в школьной среде;

• Самостоятельности.

Для того чтобы условия нахождения ребенка в школе были по-настоящему комфортны и мотивировали его на развитие, в основе работы тьютора (как и любого другого взрослого, работающего с особым ребенком) должны лежать такие понятия, как:

• вера в ребенка;

• искренний интерес к его личности;

• принятие его особенностей;

• доброжелательность;

• терпение;

• последовательность.

Достижение обозначенной цели возможно при решении следующих задач:

- Создание условий для успешного обучения ребенка;
- Создание условий для успешной социализации ребенка;
- Максимальное раскрытие потенциала его личности.
- Перечисленные задачи достигаются следующими средствами:
- Организация и адаптация жизненного пространства: рабочего места, места отдыха и других мест, где бывает ребе- нок;

• Понимание тьютором и учителем зон ближайшего развития ученика с особенностями развития, опора на его внутренние, скрытые ресурсы, дозирование нагрузки, адаптация учебного материала, адаптация учебных пособий.

Более конкретные задачи работы тьютора обусловлены возможностями и личными качествами подопечных. […]

Этапы организации тьюторского сопровождения

Существуют общие этапы индивидуального сопровождения ребенка:

• сбор информации о ребенке,

• анализ полученной информации и собственные наблюдения,

• совместная с другими специалистами выработка рекомендаций и составле- ние ИОПа (индивидуального плана работы с ребенком),

• решение поставленных задач,

• анализ ситуации развития ребенка, корректировка стратегии. […]

Предварительный этап включает в себя получение запроса на сопрово- ждение. Решение о необходимости сопровождения может осуществляться по заявлению родителей (законных представителей) ребенка с ОВЗ и/или на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссий (ПМПК). […] На предварительном этапе тьютор знакомится с результатами диагностики ребенка, проведенной специалистами, с медицинской картой ребенка, утвержденным образовательным маршрутом; встречается со специалистами и представителями ПМПК для получения рекомендаций по индивидуальному образовательному плану (ИОП). Далее происходит важный момент непосредственного знакомства и постепенное установление контакта с ребенком. Получив общие сведения, тьютор знакомится с самим ребенком и его семьей, узнает об особенностях, интересах, сильных и слабых сторонах своего подопечного. Важнейшим элементом данного диагностического этапа являются непосредственное наблюдение тьютора за ребенком, его окружением. Здесь важно разъяснить детали, касающиеся поведения ребенка, узнать об уровне развития его социально-бытовых представлений. Тьютору необходимо дать почувствовать родителям, что он заинтересован в работе с их ребенком и искренне нацелен на положительный результат.

Следует ознакомить родителей с функциональными обязанностями тьютора, где четко определены ответственность и обязанности сторон, в рамках общего договора между родителями и

образовательным учреждением. На данном этапе часто необходимо заранее познакомить ребенка с помещениями, где он будет заниматься, его рабочим местом, расположением классов и кабинетов, спортзала, столовой, туалетов.

Тьютору целесообразно заранее провести встречи с родителями, учащимися, педагогическим коллективом для разъяснения и информирования, подготовки к приходу в образовательное учреждение ребёнка с ОВЗ, формирование социального интереса к инклюзивному образованию у всех участников. Это могут быть беседы на родительском собрании, показ фильмов о детях с ОВЗ, об инклюзивном образовании. […] На этапе адаптации идет повседневная, последовательная работа тьютора и ученика по вхождению в образовательный процесс и социальную жизнь, постепенное включение ребёнка в различные учебные и внеучебные ситуации.

Под адаптацией понимается также приспособление к нуждам ребенка с ОВЗ: помещений школы, режима дня, учебных программ, методических пособий. Сроки адаптации детей в школе очень индивидуальны и зависят от индивидуальных особенностей развития. Они варьируются в пределах нескольких месяцев, у некоторых детей могут растягиваться до года. Период адаптации значительно сокращается у детей, которые до школы посещали дошкольные образовательные учреждения: ДОУ, центры психо-коррекционной поддержки и т.д. На этом этапе тьютор осознает задачи, стоящие перед ребенком с ОВЗ, и возможности их решения, определяет позитивные и негативные факторы, влияющие на ситуацию. Ведется индивидуальная работа с ребенком по формированию личностной мотивации к обучению.

Важным моментом на этом этапе должна стать работа тьютора, направленная на успешное вхождение ребенка с ОВЗ в школьный коллектив. У детей с ОВЗ нередко наблюдается незрелость форм межличностного взаимодействия и коммуникативных навыков, тьютор использует любую возможность общения своего подопечного с другими детьми (на переменах, прогулках, в столовой, праздниках, классных часах и т.д.). Здесь надо отметить, что общество сверстников, не отвергающее "особого" ребёнка – один из ведущих факторов успешной инклюзии.

Основной этап. Освоившись в новой среде, при условии постоянного получения положительной эмоциональной поддержки, ребенок с ОВЗ переходит на новый этап, который характеризуется снижением тревожности и напряжения. Это этап взаимодействия с ребенком по поводу и в ходе обучения, и оценка первых результатов.

Теперь акцент тьюторства переносится в сферу углубления социализации и коррекционно-развивающего обучения. Здесь важно поддерживать мотивацию ребенка, дать ему возможность почувствовать свои успехи. Постепенно увеличивается доля самостоятельности ребенка при выполнении той или иной деятельности, а кроме того, постепенно обеспечивается его способность взаимодействовать с другими взрослыми, в первую очередь с учителем, и детьми. Хочется еще раз подчеркнуть, что помощь должна быть разумно дозирована, носить направляющий характер и побуждать ребенка к самостоятельности.

Тьюторское сопровождение заключается в организации образовательного движения ребёнка, которое строится на постоянном рефлексивном соотнесении его достижений (настоящего и прошлого) с интересами и устремлениями (образом будущего)

На данном этапе проводится диагностика в процессе обучения, наблюдения в ходе внеклассной деятельности. На этом этапе дается анализ и оценка первых результатов, оценка ресурсов и дефицитов в интеллектуальной, коммуникативной и других сферах деятельности ребенка, при необходимости вносятся корректировки в ИОП.

На каждом этапе тьютор информирует родителей и всех участников образовательного процесса об успехах и неудачах в обучении и социализации ребенка, проводит мониторинг усвоения содержания обучения, анализ результатов. При необходимости тьютор организует консультации ребенка у специалистов: логопедов, дефектологов, психологов.

Завершающим этапом, если это возможно при определенном статусе ребенка с ОВЗ, должен стать постепенный выход сопровождающего из посреднической роли тьютора, предоставление ребенку максимальной самостоятельности в учебе с последующей отсроченной оценкой. Выход тьютора из системы или уменьшение его влияния является критерием его эффективности.**[…]**

Главная задача сопровождающего – поддерживать ребенка в его самостоятельных действиях, чтобы в дальнейшем он мог социализироваться и жить обычной жизнью среди сверстников.

Тьюторство над сверстниками

Технология тьюторства подразумевает взаимодействие опытного, который что-то умеет делать (знает как сделать), и новенького. […] Опыт многих зарубежных стран показывает, что тьюторами могут быть ученики, уже освоившие какое-то новое знание или деятельность. Свой опыт они могут передать своим сверстникам. Тьюторы должны привлекаться к организации учебных курсов и могут

выступать в качестве полноценных организаторов учебной деятельности (под контролем старших коллег). Выполняя такого рода работы, тьюторы получают возможность накопить опыт в организации и управлении, а также самим дополнительно продвинуться в содержании собственной подготовки. При этом эффективность прохождения курсов подтьюторными (подопечными тьюторов) гораздо выше в силу ряда причин:

– тьюторы – ровесники подтьюторных, им всегда легче задать вопрос;

– тьюторы – образцы (уже добились некоторых успехов в организации);

– тьюторы всегда пытаются сделать курс интереснее и увлекательнее, более того, они знают, что может заинтересовать их сверстников;

– тьюторы относятся к выполняемым работам с повышенной ответственностью, поскольку боятся потерять репутацию, да и работа в учебном заведении не успевает им наскучить.

Статья Махэди Л., Малетте Б., Гарпер Г. Ф. "Четыре модели тьюторства над одноклассниками: сходства, различия, перспективы изучения и практического применения" посвящена всестороннему анализу четырех моделей тьюторства над одноклассниками (ClassWide Peer Tutoring Programs), которые невероятно востребованы в США и детально изучены специалистами в течение пролонгированных исследований. Разработка и мониторинг данных моделей проходят с 1980-х годов […] 1) Детский проект Juniper Gardens при Университете штата Канзас; 2) Колледж Джорджа Пибоди (George Peabody College); 3) Университет штата Огайо; 4) Университет SUNY Fredonia в Нью-Йорке. […]

Все описанные модели тьюторства предполагают работу учащихся класса в малых группах, созданных случайным образом. Исключение составляет PALS, в которой разделение учеников происходит в соответствии со способностями таким образом, чтобы в одной команде оказались наиболее и наименее успешные ученики. В каждой программе учащиеся-тьюторы работают со стимульным материалом (чаще всего это карточки), оценивают ответы детей и дают обратную связь по работе команды. Все модели обучения предполагают поочередную смену тьютора в команде (например, по часовой стрелке) на протяжении одной недели или одной сессии. Наблюдение за работой малой группы и поддержанием ее структуры осуществляет учитель. Наблюдение за корректностью ответов и выполнениемаданий осуществляет учащийся-тьютор. […]

Во всех четырех моделях производится как индивидуальная, так и командная оценка работы учащихся. Результаты команды демонстрируются классу или всей школе. Исследования показывают, что публичная демонстрация результатов работы команд положительно сказывается на мотивации и учебных достижениях учащихся. […] Встречи в тьюторских командах происходят несколько раз в неделю на уроках или в качестве домашнего задания, время работы варьируется в зависимости от возраста учащихся (в среднем около 30 минут). Все четыре программы тьюторства имеют четкие руководства по обучению педагогов и самих учащихся. Процедуры обучения состоят из обсуждения пособий к программе, анализ аудио и видеозаписей работы команд, протоколов урока, ролевое обучение, обучение позитивной и корректной обратной связи.

На настоящий момент все четыре программы зарекомендовали себя как многообещающий инструмент обучения, пользуются широкой популярностью в США и составляют достойную альтернативу фронтальному методу обучения во главе с учителем. […]

Информационно-методический бюллетень. – Москва, 2012. – С. 6–29. – Режим доступа: http://www.inclusive-edu.ru/stat/2/403/

Єрц Ю.М.

ВКЛЮЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С РАС В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ СРЕДУ

[…] Включение детей с РАС в массовую образовательную систему в дошкольном и в школьном возрасте может внести большой вклад в их развитие, включая повышение уровня речевых и коммуникативных навыков, навыков социализации и интеллектуального уровня. Многие эксперты (Karagiannis, Stainback, & Stainback, 1996) считают инклюзию гражданским правом, ответственным за формирование соответствующего социального развития, но для того, чтобы инклюзия и обучение в среде нормативно развивающихся сверстников были успешными, многим детям с РАС требуется специализированная помощь (Harrower & Dunlap, 2001).

В отличие от детей с другими видами расстройств (например, с умственной отсталостью), большая часть детей с аутизмом могут успешно обучаться по общей школьной программе. Сохранный интеллект, хорошая память, хорошее визуальное восприятие

позволяют ребенку успешно осваивать академический материал (Joseph, Tager Flusberg, & Lord, 2002). Аутичный ребенок может преуспевать в математике, а иногда и опережать своих сверстников в этой области. Некоторые дети очень успешны в рисовании (те, у которых нет проблем с мелкой моторикой). Также большинство детей довольно быстро приобретают навыки чтения, и обучаются бегло читать – но, чаще всего, вне связи с пониманием прочитанного. Некоторые дети имеют специфические области интереса, которые прекрасно вписываются в рамки школьной программы – ребенок может быть экспертом в истории Древнего Рима или астрономии.

С другой стороны – аутичные черты и проблемы восприятия могут стать серьезным препятствием при обучении в школе. Затруднения в установлении контакта со сверстниками, поверхностные и специфические межличностные отношения могут стать причиной социальной отстраненности, как со стороны одноклассников, так и учителей. Ребенок, который игнорирует интересы сверстников, и характеризуется чрезмерно навязчивым поведением, может оказаться изгоем в классе. Ребенок, которому свойственно проблематичное поведение, – является "неприятным стимулом" для учителя. Он "становится" "необучаемым", "несносным" или "ненормальным".

Инклюзивная среда обучения – это именно та среда, в которой сенсорные особенности аутичного ребенка могут не найти поддержки. Большое количество учеников в классах и маленькие пространства могут только усилить желание аутичного ребенка избежать прикосновений, и даже случайное прикосновение одноклассника может восприниматься как нападение, и вызвать агрессивную реакцию.

Многие аутичные дети чрезвычайно чувствительны к шуму и громким звукам. Крики других детей на перемене, или шум в классе может стать причиной ответных криков, или вызвать самостимулятивное поведение, которое помогает ему отвлечься и успокоиться. Громкий голос учителя, или плач другого ученика в классе может вызвать ответную эмоциональную реакцию, и аутичный ученик может начать плакать или кричать, или, в худшем случае – начать разбрасывать предметы или толкаться.

Также можно встретить детей, которые отказываются выполнять различные художественные задания – из-за отвращения к клею, краскам. Ребенок будет пытаться всеми силами избегать данных заданий – начиная от убегания с урока, и заканчивая целенаправленной агрессивностью.

Выбор целей и стратегий обучения в инклюзивной среде.

I. Оценка начальных навыков

Осознание и понимание специфических особенностей, характеризующих детей с расстройством аутистического спектра, является первым и ключевым этапом при процессе включения их в среду нормативно развивающихся сверстников.

Оценка навыков происходит в нескольких областях:

Навык обращения и общения. Может ли ребенок обращаться с просьбами к окружающим? Умеет ли он обращаться с просьбами к детям или только к взрослым? Каким образом ребенок выражает свои просьбы – словами, фразами, жестами, карточками PECS? Интересуется ли ребенок только конкретными и одиночными стимулами, или его интересуют более социально-значимые стимулы – внимание сверстников, социальное одобрение, информация, и т.д.?

Навык понимания речи. Насколько ребенок понимает обращенную к нему речь? Понимает ли он инструкции только в контексте ситуации, или может ориентироваться на словесные стимулы и вне контекста? Умеет ли ребенок реагировать на обращения сверстников, или только взрослых? Должны ли инструкции быть обращены напрямую к нему, или он может понять и выполнить инструкции, обращенные к группе?

Навык диалогической речи. Умеет ли ребенок отвечать на вопросы, или он повторяет фразы сказанные другим человеком? Может ли ребенок спонтанно комментировать различные события? Может ли он включиться в разговор на определенную тему? Может ли поддерживать тему разговора или всегда переводит разговор на тему, которая интересует только его?

Навыки игры. В какие игры умеет играть ребенок – настольные, подвижные, сюжетные? Может ли он играть совместно со сверстниками, или параллельно, не взаимодействуя? Может ли он в свободное время занять себя игрой или занимается самостимуляциями?

Академические навыки. Приобрел ли ребенок начальные навыки счета, письма, чтения, и насколько уровень этих навыков соответствует уровню знаний сверстников?

Навыки обучения. Умеет ли ребенок обучаться в групповом формате, или до настоящего момента он обучался только в индивидуальном формате? Есть ли у ребенка навык имитации, и может ли он копировать действия сверстников, или обучаться с помощью навыка имитации?

Проблематичное поведение. Присутствует ли у ребенка проблематичное поведение и в какой форме оно проявляется? В каких

ситуациях может возникнуть нежелательное поведение и какова его функция?

Параллельно с оценкой интеллектуальных и речевых способностей проводится оценка развития навыков самостоятельности – может ли ребенок выполнять самостоятельно учебные задания, как быстро он приспосабливается к изменениям в окружающей среде, достаточно ли развиты навыки самопомощи и личной гигиены?

Также оценивается способность ребенка к обобщению обученных навыков, скорость приобретения им новых навыков и потребность в сопровождении взрослым в процессе инклюзии.

II. Стратегии и методы инклюзии

В инклюзии детей с аутизмом применяются несколько разнообразных методических подходов, большая часть которых основывается на бихевиористком подходе – (ABA – Applyed Behavior Analysis) (Leach, 2010).

1. Организация обучающей среды и структурализация учебной деятельности.

a. Визуальное расписание (Picture schedules).

Визуальное расписание (Picture schedules) часто используется как стратегия повышения предсказуемости и как альтернатива вербальным и письменным инструкциям. Переключение с одного вида деятельности на другой часто бывает проблематичным для некоторых детей с аутизмом, и может вызвать протест в форме агрессии или неадекватного поведения (Harrower & Dunlap, 2001).

Когда ребенок знает изначально какие задания он будет выполнять, и в какой последовательности, особенно, когда более легкие и мотивационные задания следуют за более сложными, вероятность появления нежелательных поведений заметно уменьшается.

b. Прайминг (Priming)

Прайминг (Priming) является одной из таких стратегий, целью которой является подготовить ребенка к сложной ситуации, которая может возникнуть в инклюзии. Прайминг – это предварительное обучение необходимым навыкам, которые в ближайшем будущем понадобятся ребенку в общении со сверстниками или в процессе обучения по школьной программе. Например, если ребенок испытывает трудности во время группового занятия, когда воспитательница рассказывает сказку и обыгрывает сюжет, эту сказку можно ежедневно читать ребенку во время индивидуальных занятий, для того, чтобы он смог принимать активное участие в сюжетной игре и взаимодействовать вместе со всей группой.

Опытный педагог или тьютор, который знаком с ребенком, может заранее предугадать, в каких заданиях или требованиях у ребенка могут возникнуть трудности. Это могут быть трудности с пониманием речи, либо с академическими знаниями, либо сложности в соблюдении социальных правил. Эти ситуации могут быть заранее подготовлены и "пройдены" вместе с ребенком, для того, чтобы он был готов к этим ситуациям к тому времени, когда они произойдут в будущем (Harrower & Dunlap, 2001).

1."Поведенческий момент" *(или "Последовательность требований с высокой вероятностью выполнения" – High-probability (high-P) requesting)*

Процедура использования "Поведенческого момента" позволяет уменьшить нежелательное поведение, функцией которого является избегание заданий и требований, и является эффективной эмпирически доказанной стратегией повышения способности реагировать на запросы среди лиц с ОВЗ (Singer, Singer, & Horner, 1987). Данная процедура основывается на включении немотивационных инструкций в серию мотивационных инструкций, которые от ребенка требуется выполнить. Процедура происходит следующим образом:

- Учитель предлагает ребенку выполнить серию инструкций, которые являются приятными и мотивационными для ребенка.
- Как только ребенок начинает выполнять эти инструкции и сотрудничает, учитель включает какое-либо низко-мотивационное требование.
- Если ребенок выполняет данное требование, то учитель поощряет ребенка, и возвращается к мотивационным заданиям.

2. Использование подсказок

Стратегии подсказок (Prompting strategies) способствуют увеличению скорости приобретения навыков у детей с РАС, а также являются необходимым компонентом для обучения навыкам проявления инициативы и обращения к окружающим.

Чаще всего в инклюзии используются:

- Вербальные (словесные подсказки), с помощью которых ребенку напоминают, что нужно сделать в той или иной ситуации, и как отреагировать,
- Визуальные подсказки (карточки, символы, иконки), которые помогают ребенку понять абстрактные речевые понятия,
- Моделирование (показ необходимого действия ребенку), которое помогает ребенку повторить нужное действие в нужной ситуации,

- Применение подсказок требует определенного опыта и умения, основной частью которого являются стратегии постепенного уменьшения подсказок (Fading).

3. Использование поощрений

Частое использование поощрений в процессе обучения является одним из компонентов поведенческой теории научения (Cooper, Heron & Heward, 2007, Lovaas, 1987). Однако, использование прямых или пищевых поощрений, которое наблюдается в процессе индивидуального АВА обучения, часто является неприемлемым в инклюзии. Ребенок, которого постоянно поощряют игрушками, конфетами или игрой в компьютер, будет выглядеть странно наравне со сверстниками, и эта ситуация может вызвать отстранение от него, либо нежелательное отношение. Для того чтобы обучение в инклюзии по-прежнему было не менее эффективным для аутичного ребенка, чем в индивидуальном формате, в инклюзии используются отсроченные поощрения или поощрения предоставляются попеременно, варьирующимся образом. Отсроченные поощрения могут выглядеть в виде системы жетонов (Token Economy), когда в течение обучения, как поощрение, ребенку предоставляется жетон (значок, наклейка, пуговица. Также может использоваться система уровней (Level System), когда помимо жетонов ребенку предоставляют дополнительные знаки отличия или стимулы, с помощью которых он может получить доступ к более значительным поощрениям, но в более отдаленной перспективе времени.

4. Обучение ключевым навыкам и "Натуральное обучение"

"Натуральное обучение" и обучение ключевым навыкам (Incidental Teaching and Pivotal Response Training – PRT), являются стратегиями, которые основываются на внутренней мотивации аутичного ребенка, и включают совместный выбор заданий, использование поощрений и моделирующих подсказок, а также естественных последствий, которые являются предметом интереса ребенка.

5. Включение посредством сверстников (Peer-Mediated Interventions)

Привлечение сверстников для помощи в образовании учеников, страдающих аутизмом, дает потенциальную возможность снизить потребность в постоянном индивидуальном внимании взрослого, тем самым позволяет ученикам с РАС действовать более независимо и в наибольшей степени соответствовать их типично развивающимся одногодкам (Putnam, 1993).

Роль тьютора

Вследствие особенностей восприятия, обучение в среде нормативно развивающихся сверстников не является простым и легким процессом для аутичного ребенка. Аутичному ребенку, у которого отставание в развитии речи, низкая социальная мотивация, а также гипер или гипо-чувствительность к отдельным раздражителям, сложно установить контакт со сверстниками без помощи взрослого. Отсюда, сопровождение ребенка тьютором может стать основным, если не самым необходимым компонентом, который приведет к успеху в программе инклюзии (Harrower & Dunlap, 2001).

Однако роль тьютора не ограничивается лишь сопровождением ребенка. Тьютор является своего рода связующим звеном, основной задачей которого является координация взаимодействия между основными участниками инклюзивного процесса – самим ребенком, сверстниками, педагогом и родителями ребенка. Выполняя свою ключевую роль, тьютор целенаправленно работает над достижением основной цели – привести ребенка к максимально успешному развитию в инклюзивной среде, при этом не нарушая кардинальным образом привычный уклад самой среды (т.е. не превращая инклюзивную среду в коррекционную).

С одной стороны, важно помочь ребенку приспособиться к социальным правилам, распорядку дня, сенсорным раздражителям, которые находятся в натуральной среде, а с другой стороны, научить окружающих (как взрослых, так и сверстников) с пониманием относиться к особенностям аутичного ребенка, и воспринимать его, как неотъемлемую часть.

Подготовка тьюторов

В западной практике нет строгих ограничений для набора на работу членов персонала, выполняющего роль тьютора. Тьюторы могут обладать минимальной квалификацией в области педагогики или психологии, а иногда и не иметь никакого профильного образования (Schepis, Reid, Ownbey & Parsons, 2001). Процесс подготовки тьюторов включает предоставление письменного руководства и вербальных инструкций, индивидуальное сопровождение и тренинг, ролевые игры и предоставление обратной связи.

Целью подготовки является обучение тьютора применять стратегии инклюзии разной степени интенсивности и уровня сопровождения (Parsons, Reid & Green,1996). Тьютор должен обладать умением выбрать подходящую стратегию в соответствии с индивидуальными особенностями ребенка. Например, если у ребенка развито визуальное восприятие, то отдать предпочтение визуальным вспомогательным материалам. Если у ребенка низкая мотивация к обучению – выстроить внешнюю систему поощрений. Если у ребенка

отсутствует инициатива для социального взаимодействия, тьютор организовывает окружающую среду таким образом, чтобы побудить и закрепить эту инициативу (Schepis, Reid, Ownbey & Parsons, 2001).

Также тьютору необходимо умение включать других детей в процесс работы с аутичным ребенком, и в последствии осуществлять инклюзию посредством сверстников. Для этого у тьютора должна присутствовать определенная харизма, а также навык применения поведенческих стратегий не только в работе с аутичным ребенком, но и с его сверстниками (Schepis, Reid, Ownbey & Parsons, 2001). В то время, как тьютор использует подсказки и поощрения, для того, чтобы научить аутичного ребенка реагировать на инструкции, он должен использовать подсказки и поощрения, для того, чтобы научить сверстника обращаться к аутичному ребенку с инструкциями и поощрять его. Например, когда учитель дает задание в классе списать с доски предложение, то вместо тьютора, к ребенку обратится его сверстник, и скажет: "Андрей, нужно переписать с доски. Смотри, как я делаю". Но для того, чтобы прийти к этому, тьютору на начальном этапе нужно обучить этого товарища обращаться к ребенку, и направлять его. А также обучить сопровождаемого ребенка смотреть на сверстника, и реагировать на его обращения. Постепенный переход от сопровождения взрослым к тьюторству сверстников и самостоятельному управлению собственной деятельностью, позволяет аутичному ребенку приобрести необходимые навыки и быть успешным в инклюзии.

Єрц Ю.М. Включение детей с РАС в общеобразовательную среду // Профессия тьютор. Информационно-методический бюллетень. – Москва, 2013. – С. 37–45

НейроNews, 9-й выпуск. Интернет-издание: http://neuronews.-com.ua/article/723.html

Водопьнова Н.Е.

СИНДРОМ "ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ" В КОММУНИКАТИВНИХ ПРОФЕССИЯХ

Феномен "выгорания" и его причины

Интерес к синдрому "выгорания" вызван тем, что значительно увеличилось число работающих, которые ощущают себя измотанными, обессиленными и эмоционально "потухшими", что в итоге сказывается на продуктивности работы. В зарубежной литературе этот синдром известен как burnout, который был введен

американским психиатром Х. Фрейденбергером в 1974 г. Понятие "выгорание" обычно используют для обозначения переживания человеком состояния физического, эмоционального и психического истощения, вызванного длительной включенностью в эмоционально напряженные и значимые ситуации. Синдром "выгорания" берет свое начало в хроническом повседневном напряжении или эмоциональном переутомлении, переживаемом человеком в личностно значимых ситуациях общения с другими людьми.

Наиболее часто выгорание рассматривается как долговременная стрессовая реакция или синдром, возникающий вследствие продолжительных профессиональных стрессов средней интенсивности. В связи с этим синдром "психического выгорания" ряд авторов обозначает как "профессиональное выгорание", что позволяет рассматривать это явление в аспекте личной деформации профессионала под влиянием профессиональных стрессов. Если экстремальный стресс можно сравнить с тайфуном, то стрессовый процесс выгорания сравним с медленным, почти незаметным течением. Тем не менее выгорание имеет сильные негативные последствия; это одна из самых критических областей стресса для современного индустриального общества […]. Выгорание проявляется, с одной стороны, в душевном неблагополучии (дискомфорте), неудовлетворенности качеством личной жизни, а также в физическом недомогании. С другой стороны, оно отрицательно сказывается на продуктивности трудовой деятельности работников. […]

Впервые на проблему психического выгорания обратили внимание американские специалисты в связи с созданием и массовым распространением социальных служб. Люди, работающие в области психологической и социальной помощи, по долгу службы обязанные проявлять сочувствие и эмпатию, длительное время контактируют с посетителями и их жизненными проблемами. Обязанность работников этих служб – оказание психологической поддержки: они должны выслушать и поддержать людей, обратившихся за помощью. Несмотря на специальную подготовку и подбор персонала для социальных служб по определенным критериям, необходимым в этом виде деятельности, руководители служб через некоторое время нередко сталкивались с фактами неудовлетворительной работы сотрудников, прежде всего с жалобами посетителей на их невнимание, равнодушие, черствость, а иногда и грубость. Проведенные исследования привели к обнаружению своеобразного профессионального "стресса общения", который получил название синдрома "психического выгорания". Данный синдром стал рассматриваться как

стресс-реакция на продолжительные стрессы межличностных отношений (Гришина Н. В., 1997).

В начале 70-х гг. XX в. специфическая симптоматика выгорания первоначально была обнаружена исследователями у лиц помогающих профессий: социальных и медицинских работников, работников благотворительных организаций, администраторов и обслуживающего персонала, учителей, преподавателей. Позже список профессий, связанных с опасностью "выгорания", был дополнен адвокатами, полицейскими, тюремщиками, политиками, торговым персоналом, менеджерами среднего и высшего звена. […] "из платы за сочувствие" (Маслач К., 1986) синдром "выгорания" превратился в "болезнь" работников "коммуникативных" профессий, т. е. профессий, предъявляющих высокие требования к психологической устойчивости в ситуациях делового общения.

Специфика данных профессий заключается в большом количестве эмоционально насыщенных и когнитивно сложных межличностных контактов, что требует от специалиста значительного личного вклада в ежедневные профессиональные дела. Кроме этого, в профессиях, ориентированных на работу с людьми, большое значение имеет получение от них необходимой обратной связи (например,благодарность, признание, проявление уважения, информация об изменениях самочувствия или о новых планах, касающихся дальнейшего делового взаимодействия, и др.). Одна из причин выгорания, как отмечают исследователи, – отсутствие обратной связи от большинства реципиентов или ее негативный характер. Эта общая особенность помогающих и "коммуникативных" профессий позволяет причислить их к категории "профессий высшего типа" по классификации Шафрановой Л. С.

К настоящему времени синдром "выгорания" включает более 100 симптомов. Несмотря на многочисленные публикации по этой проблеме, большинство из них до 1980-х гг. носило описательный характер […] Маслач К. и Джексон С. (1981) к наиболее характерным проявлениям синдрома "выгорания" относят чувство эмоционального истощения или изнеможения, невозможность работать с полной отдачей сил, дегуманизацию (деперсонализацию) как тенденцию к циничности и негативизму по отношению к зависимым лицам (пациентам, клиентам, подчиненным, учащимся), негативное самовосприятие в профессиональном плане (редуцирование личных достижений или обязанностей).

[…] Перлман и Хартман предложили следующее определение выгорания:

Выгорание – это ответ на хронический эмоциональный стресс, включающий три компонента: эмоциональное и/или физическое истощение; снижение рабочей продуктивности; деперсонализацию, или дегуманизацию, межличностных отношений.

Среди наиболее характерных последствий "выгорания" авторы называют: деформацию Я-концепции (повышение негативизма по отношению к "Я"), гневливость, циничность, подозрительность, депрессию, сверхдоверчивость, ригидность и различные формы дезадаптации, которые непосредственно относятся к психо-социальному здоровью личности.

[…] По данным ряда авторов (Форманюк Т. В., 1994), можно выделить три группы переменных, оказывающих определенное влияние на развитие синдрома "выгорания" в профессиях типа "человек–человек": личностные, статусноролевые и корпоративные (профессионально-организационные).

К личностным факторам риска выгорания относятся:

• склонность к интроверсии (низкая социальная активность и адаптированность, социальная несмелость, направленность интересов на внутренний мир и др.);

• реактивность (динамическая характеристика темперамента, проявляющаяся в силе и скорости эмоционального реагирования);

• низкая или чрезмерно высокая эмпатия (способность постигать эмоциональное состояние других людей, понимать мир их душевных переживаний, сочувствовать и т. п.);

• жесткость и авторитарность по отношению к другим; низкий уровень самоуважения и самооценки (Rodgers, Dobson, 1988).

В ряде исследований обнаружено, что выгоранию в большей степени подвержены "трудоголики" – те/кто полностью поглощен работой, постоянно трудится без отдыха, ежедневно работает с полной самоотдачей и ответственностью, с установкой на карьеру, тешит тщеславие в ущерб другим личным интересам и потребностям, чья жизнь заполнена только работой до самозабвения. Наиболее уязвимы те, кто реагирует на стресс по типу А. агрессивно, эмоционально-несдержанно, неконструктивно использует конфликтные ситуации, стремится всегда быть первым (лидером), нетерпим к любым препятствиям на пути достижения поставленных целей.

[…] Вестерхоузе (Westerhouse, 1979) изучал влияние стажа пребывания в данной должности и ролевого конфликта у 140 молодых учителей, имеющих хорошее образование и работающих в частных школах. Он обнаружил, что значимым фактором в предсказании выгорания является не столько наличие ролевых конфликтов,

сколько частота ситуаций, связанных с ними. В исследовании не выявлено значимой связи между стажем работы учителей и выгоранием.

[…] По мнению К Маслач, организационные причины, характер и состояние работы несут в себе больше потенциального риска выгорания, чем личностные характеристики работников.

В сравнительном исследовании преподавателей, которые отождествляли себя либо с "профессионально выгоревшими", либо с "профессионально обновленными", Метц (Metz,1979) обнаружил, что большинство мужчин в возрасте 30-49 лет считали себя "выгоревшими", а большинство женщин того же возраста – "профессионально обновленными". "Профессионально обновленные" преподаватели воспринимали административную поддержку и взаимоотношения с сослуживцами как значимый источник "обновления" по сравнению с группой считавших себя "выгоревшими".[…]

В "коммуникативных" профессиях продолжительные, многообразные и сложные когнитивно-эмоциональные ситуации общения с другими людьми предъявляют высокие требования к качеству отношений (доверительности, профессионализму, эмоциональной устойчивости и др.) и коммуникативной компетентности, поскольку от этого в наибольшей мере зависят результат данного взаимодействия и перспективы будущих деловых и интерперсональных контактов. Для "коммуникативных" профессий характерно ежедневное многообразие эмоционально и когнитивно-сложных ситуаций общения, высокая ответственность за результат коммуникации, частое отсутствие положительного результата или мотивационного подкрепления (положительной обратной связи). Все перечисленные особенности служебного общения в той или иной мере представлены в обследованных нами группах специалистов. Очевидно, данные особенности интерперсонального общения выступают в качестве общих профессиональных стрессов для всех "коммуникативных" профессий. Этим можно объяснить большой процент лиц с высоким уровнем выгорания, обнаруженный нами в обследованных группах, что свидетельствует о наличии у данной категории работников "коммуникативных" профессий высокого риска снижения качества здоровья и субъективного благополучия, опосредованного профессиональными стрессами в ситуациях служебного общения.

Таким образом, к профессиональным факторам риска выгорания относятся:

- когнитивно-сложные коммуникации;
- эмоционально-насыщенное деловое общение;

• высокие требования к постоянному саморазвитию и повышению профессиональной компетентности;

• высокая ответственность за дело и за других людей;

• высокая динамичность и большое количество служебных контактов;

• необходимость быстрой адаптации к новым людям и быстро меняющимся профессиональным ситуациям;

• высокие требования к самоконтролю и интерперсональной чувствительности.

Наряду с этим потенциальными факторами риска выгорания могут быть экзистенциальные факторы:

• нереализованные жизненные и профессиональные ожидания;

• неудовлетворенность самоактуализацией;

• неудовлетворенность достигнутыми результатами;

• разочарование в других людях или в избранном деле;

• обесценивание и потеря смысла своих усилий;

• переживание одиночества;

• ощущение бессмысленности активной деятельности и жизни и др. […]

Выгорание, "душевные потери" и здоровье личности

Для интегральной (системной) оценки здоровья личности психосоматическая медицина и психология оперируют таким понятием, как душевное благополучие. При этом для его определения часто используются взаимозаменяющие понятия: "психическое", "субъективное", "душевное" благополучие. По определению экспертов Всемирной организации здравоохранения, здоровье – это отсутствие психических или физических дефектов, а также сохранение полного физического, душевного и социального благополучия. Психическое здоровье определяется как состояние душевного благополучия, характеризующееся отсутствием болезненных проявлений и обеспечивающее адекватную условиям окружающей действительности регуляцию проведения, деятельности.[…] Для обозначения душевного, или субъективного, благополучия в психологии часто используют понятия "удовлетворенность", "комфортность", "адаптированность" и др.

[…] Прослеживается тесная взаимосвязь и взаимовлияние физического и душевного благополучия на здоровье человека. Потеря душевного благополучия на продолжительное время (без его восстановления) ведет к нарушению физического или психического здоровья и переживаниям физического неблагополучия и наоборот. Переживание потери душевного равновесия (или психологической

устойчивости – научный синоним) – тонкий индикатор состояния дистресса и дезадаптации организма в текущей стрессогенной ситуации жизнедеятельности.

Чувство субъективного благополучия – неблагополучия весьма значимо для здоровья и всего внутреннего (субъективного) мира личности. Оно интегрирует в себе целый ряд ощущений и переживаний, связанных с различными сторонами бытия человека. Л. В. Куликов, рассматривая субъективное благополучие как сложное интегрированное переживание, выделяет в нем пять компонентов.

1. Социальное благополучие связано с удовлетворенностью своим социальным статусом и межличностными отношениями в микросоциальном окружении. Социальное благополучие человека основывается на таких параметрах социальных отношений, как социальная интеграция, возможность подтверждения своей социальной значимости, чувства социального признания, надежности партнеров по общению, возможности получения социальной поддержки.

2. Духовное благополучие – осознание и конструктивное переживание смысла своей жизни, вера в благосклонность судьбы или высших сил в реализации личностных потенциалов на жизненном пути.

3. Физическое благополучие – ощущение физического здоровья и телесного комфорта.

4. Материальное благополучие – удовлетворенность материальной стороной своей жизни, материальной обеспеченностью, надежностью финансового состояния.

5. Психологический (душевный) комфорт – переживание гармонии чувств и желаний, ощущение внутреннего равновесия.

Наиболее часто понятие здоровья содержит или подразумевает противопоставление двух качественно различных состояний: нормального функционирования различных систем организма (синонимы: соматическое здоровье, физическое здоровье, психосоматическое здоровье, психическое здоровье) и патологического функционирования (синонимы: болезнь, плохое здоровье). В действительности между болезнью и здоровьем имеется множество переходных состояний – либо промежуточных, либо состояний предболезни. Различение данных состояний представляется весьма важным для определения градаций (меры) здоровья при разработке профилактических, коррекционных или реабилитационных технологий.

Переживание субъективного благополучия, психологического комфорта – тончайший индикатор переходных состояний от здоровья к болезни, поэтому оно становится важным показателем динамики

состояния здоровья. Н. М. Амосов (1987) для оценки здоровья с учетом психологического благополучия предложил понятие "уровень душевного комфорта" (УДК), который складывается из приятных и неприятных компонентов всех чувств, как биологических, так и социальных.

В зарубежной психологии для определения психического ("душевного") благополучия широко используется понятие "качество жизни" (КЖ) как субъективная составляющая удовлетворенности персональной жизнью. Качество жизни соотносится с удовлетворенностью самореализацией личности и ее психологическим здоровьем.

В нашем исследовании менеджеров среднего и высшего звена (50 человек,средний возраст 45 лет) была обнаружена связь между неудовлетворенностью качеством жизни и выгоранием. Для оценки качества жизни нами использовалась методика Элиота (Элиот Р С, 1996), позволяющая получить интегральный индекс "качества жизни", определяемый по сумме показателей удовлетворенности в различных сферах жизни: работа, персональные (жизненные) успехи, состояние здоровья, отношения с близкими, настроение и оптимизм, самоконтроль, социальная поддержка, общение в профессиональной сфере. […] Нами установлено, что […] чем выше истощение (у женщин) и редукция самоэффективности (у мужчин), тем меньше субъективное благополучие.

В другом нашем исследовании работников сферы обслуживания (150 женщин, средний возраст 32 года) были обнаружены корреляционные связи между выгоранием и следующими показателями качества жизни:

• фрустрацией;
• душевным дискомфортом;
• неудовлетворенностью работой и личными успехами;
• неудовлетворенностью состоянием здоровья;
• неблагополучием отношений с близкими;
• неудовлетворенностью настроением и самоконтролем;
• индексом "приобретения ресурсов" как неудовлетворенностью персональными приобретениями жизненно важных ресурсов;
• индексом "потери ресурсов" как переживанием неблагополучия относительно потерь жизненно важных ресурсов.

Удовлетворенность жизненными успехами, отношениями с близкими и самоконтроль связаны с сохранением уверенности и профессиональной самоэффективности. Это подтверждает точку зрения Гришиной Н. В. о том, что выгорание обусловлено не только профессиональными стрессами, но и экзистенциальными причинами.

Чем меньше эмоциональное истощение, деперсонализация и редукция самоэффективности, тем больше удовлетворенность здоровьем и психологическая комфортность (аффективно-мотивационная удовлетворенность). Наибольшее количество корреляционных связей было обнаружено между редукцией самоэффективности и показателями качества жизни […]. Это подтверждает мнение многих зарубежных исследователей о том, что следствием выгорания является изменение отношения к Я-концепции, занижение значимости личных достижений. […]

В зарубежной литературе к индивидуальным последствиям выгорания относят следующие переживания субъективного неблагополучия личности: снижение качества личной или семейной жизни; социальную и профессиональную дезадаптацию; переживания, связанные со здоровьем. Е. Махер (1983) считает, что в список наиболее характерных переживаний неблагополучия в связи с выгоранием входят:

• бессонница;

• эмоциональная усталость;

• негативное отношение к работе или к общению с другими лицами, определяемое ролевым (или должностным) статусом;

• психосоматические недомогания;

• нарушение аппетита;

• злоупотребление химическими агентами (лекарственные препараты, табак, кофе, наркотики, алкоголь);

• агрессивные и упаднические чувства;

• негативная Я-концепция;

• переживание чувства вины и др.

В табл представлены индивидуальные последствия выгорания как "душевные потери" в аспекте переживаний субъективного неблагополучия.

Последствия выгорания и субъективное неблагополучие

"Душевные потери" (последствия выгорания)	**Переживание неблагополучия**
Потеря удовлетворенности качеством отношений с реципиентами (клиентами, пациентами), коллегами или высшим руководством; притупление интереса и душевности к тем, с кем необходимо общаться в статусно-ролевых позициях; дегуманизация служебных отношений, потеря доброжелательности, заботливости и радушия в ситуациях делового	Социальное

"Душевные потери" (последствия выгорания)	Переживание неблагополучия
общения; потеря интереса к клиентам; неудовлетворенностьсоциальной и административной поддержкой, переживание отчужденности	
Неудовлетворенность самореализацией; переживание бессмысленности усилий и безнадежности в осуществлении жизненных планов; по- теря веры в собственные силы и потенциальные возможности; снижение планки личностного роста; "потеря себя"	Духовное
Потеря физической свежести и силы; физическое истощение, психосоматические недомогания, бессонница, нарушение аппетита; ощущения нездоровья	Физическое
Потеря энтузиазма и мотивации к материальным заработкам, ощущение "заработанности"; потеря клиентов	Материальное
Потеря позитивного настроения и эмоциональной свежести; снижение самооценки, связанной с работой; ощущение опустошенности; истощение позитивной энергии; утрата желаний; неудовлетворенность своим настроением и отсутствием жизнерадостности; потеря душевного равновесия (раздражительность, несдержанность, изнеможение, переживание чувства вины, зависимости и др.); нарушения в мотивационно-установочной сфере и в профессиональном поведении	Психологическое

[…]Таким образом, феномен "выгорания" представляет собой сложную, многоуровневую симптоматику "душевных потерь" вследствие продолжительного рабочего напряжения в ситуациях делового общения с другими людьми. Последствия данных потерь – психическое (субъективное), а в некоторых случаях и физическое неблагополучие, снижение или утрата трудовой активности и работоспособности, уменьшение персонального и социально-психологического пространства. Есть теоретические и эмпирические основания предполагать, что профилактика и преодоление выгорания имеют прямое отношение к сохранению психической устойчивости и здоровья работников, способствующих профессиональному долголетию, субъективному благополучию и удовлетворенности жизнью в целом.

Ресурсы стрессоустойчивости и преодоления выгорания

Личностные и социальные ресурсы преодоления выгорания

[…] Исследователи все более и более интересуются тем, как человеческие силы и адаптивные возможности (физические и психосоциальные ресурсы) способствуют ограничению негативных последствий стресса. Ресурсы преодоления выгорания как стресс-синдрома могут быть рассмотрены в аспекте такой базовой характеристики личности, как стрессоустойчивость. Под стрессоустойчивостью личности на социально-психологическом уровне понимается:

• сохранение способности к социальной адаптации;

• сохранение значимых межличностных связей;

• обеспечение успешной самореализации, достижения жизненных целей;

• сохранение трудоспособности;

• сохранение здоровья.

Сохранение или повышение стрессоустойчивости личности связано с поиском ресурсов, помогающих ей в преодолении негативных последствий стрессовых ситуаций. Под ресурсами понимаются внутренние и внешние переменные, способствующие психологической устойчивости в стрессогенных ситуациях.

Г. Селье предложил различать два вида адаптационных ресурсов человеческого организма при стрессе: поверхностная адаптационная энергия и глубокая адаптационная энергия. Поверхностные ресурсы организма активизируются в стрессовой ситуации "по первому требованию", они достаточно легко восстанавливаются, например после отдыха, полноценного сна и питания, психофизической релаксации и др. Если происходит восстановление психоэнергетических (адаптационных) ресурсов, то организм не переходит в состояние предболезни. Согласно гипотезе Г. Селье, поверхностная адаптационная энергия восполняется за счет глубокой адаптационной энергии, которая мобилизуется путем адаптационной перестройки гомеостатических механизмов организма. Активизация глубокой адаптационной энергии начинается тогда, когда человек долго находится в стрессогенной ситуации и израсходованы "поверхностные энергетические ресурсы". Истощение "глубоких" ресурсов необратимо и ведет к старению и гибели организма.

Э. Фромм выделил три психологических ресурса, помогающих человеку в преодолении трудных жизненных ситуаций.

1. Надежда – психологическая категория, способствующая жизни и росту. Это активное ожидание и готовность встретиться с тем, что может появиться на свет. "Надеяться – значит в каждый

момент времени быть готовым к тому, что еще не появилось на свет, и несмотря ни на что, не отчаиваться, если на том или ином участке жизненного пути это рождение не произошло".

2. Рациональная вера – убежденность в том, что существует огромное число реальных возможностей и нужно вовремя обнаружить эти возможности. Вера – рациональная интерпретация настоящего.

3. Душевная сила – мужество. Душевная сила – способность сопротивляться попыткам подвергнуть опасности надежду и веру и разрушить их, превращая в "голый" оптимизм или в иррациональную веру. Спиноза под душевной силой понимал способность сказать "НЕТ" тогда, когда весь мир хочет услышать "ДА".

Ананьев Б. Г. отмечал, что стресс-толерантность личности и выносливость по отношению к фрустраторам зависит от поддержки, моральной помощи, соучастия, сочувствия других людей, солидарности группы. Распад социальных связей влечет за собой ломку интраиндивидуальной структуры личности, возникновение острых внутренних кризисов, дезорганизующих поведение. Социальная поддержка в группе, работающей в условиях стресса, не снижая уровня напряженности (стресса), может способствовать "переводу" его неблагоприятных проявлений в благоприятные, т. е. "переводу" дистресса в эвстресс Социальная поддержка может быть институционной, исходящей от государственных структур; корпоративной, связанной с профессионально-трудовой структурой (административная, профсоюзная поддержка), к межличностной, исходящей от отдельных людей (семьи, друзей, знакомых). Разновидностью социальной поддержки является социально-психологическая поддержка: эмоциональная, информационная, инструментальная или функциональная. Социальная и социально-психологическая поддержка выступает в качестве некоторого буфера между стрессом и его негативными последствиями, смягчает патогенное действие стресса, оказывающего влияние на здоровье.

Социальная поддержка – это внешний ресурс, она представляет собой весьма специфическую переменную, зависящую от готовности личности обратиться за помощью. Способность обратиться за внешней поддержкой и принять ее – это внутренний ресурс личности, который во многом зависит от социально-психологической активности, направленной на формирование вокруг себя персональной "сети поддержки", и готовности обратиться к ней в трудные периоды жизни. Итак, социальная поддержка – важный ресурс сохранения психологической устойчивости личности в стрессовых ситуациях.

Многие авторы отмечают, что положительное социальное окружение (семья, друзья, коллеги) также может быть одним из важнейших факторов сохранения стрессоустойчивости личности. В связи с этим социальное окружение может рассматриваться как социально-психологический ресурс преодоления стресса.

Следующий ресурс стрессоустойчивости – психологическая компетентность индивида, уровень его психологической грамотности и культуры. Вместе с социальным опытом она определяет конкретные формы адаптивных процессов в стрессовых ситуациях.

К наиболее изученным в настоящее время личностным ресурсам преодоления стресса относятся следующие:

• Активная мотивация преодоления, отношение к стрессам как возможности приобретения личного опыта и возможности личностного роста.

• Сила Я-концепции, самоуважение, самооценка, собственная значимость, "самодостаточность".

• Активная жизненная установка: чем активнее отношение к жизни, тем больше психологическая устойчивость в стрессовых ситуациях.

• Позитивность и рациональность мышления.

• Эмоционально-волевые качества.

• Физические ресурсы (состояние здоровья и отношение к нему как к ценности).

К информационным и инструментальным ресурсам относятся:

• Способность контролировать ситуации (степень ее воздействия на человека оценивается адекватно).

• Использование методов или способов достижения желаемых целей (мастерство, способность, успешность).

• Способность к адаптации, интерактивные техники изменения себя и окружающей ситуации, информационная и деятельностная активность по пре-

образованию ситуации взаимодействия личности и стресс-ситуации.

• Способность к когнитивной структуризации и осмыслению ситуации.

• Материальные ресурсы: высокий уровень материального дохода и материальных условий (позволяющие восстанавливать первичные физиологические потребности), безопасность жизни, стабильность оплаты труда, хорошие "гигиенические" факторы труда и жизнедеятельности.

Модели преодолевающего поведения как ресурс стрессоустойчивости

Особую категорию ресурсов стрессоустойчивости представляют характер и способы преодоления стресс-ситуаций – стратегии и модели преодолевающего поведения. Характер преодолевающего поведения зависит от жизненной позиции, активности личности, от потребностей в самореализации своих потенциалов и способностей.

Понятия копинга, преодолевающего поведения, используются для описания характерных способов поведения человека в различных стрессогенных ситуациях. (Данный термин происходит от английского cope – преодолевать, справляться).С позиций когнитивно-поведенческого подхода преодоление (coping) рассматривается как совокупность когнитивных и поведенческих усилий, затрачиваемых индивидом для ослабления стресса, или как стабилизирующий фактор, который помогает людям поддерживать психосоциальную адаптацию в течение периодов стресса. (Lazarus, Folkman, 1984). Концептуализация процессов преодоления занимает центральное место в современных теориях психологического стресса. Однако в настоящее время нет однозначного понимания многих механизмов преодоления. […] Психологическое предназначение преодоления состоит в том, чтобы как можно лучше адаптировать человека к требованиям ситуации путем овладения, ослабления или смягчения этих требований, тем самым купируя стрессовое воздействие ситуации.

Как указывает в своей работе Нартова-Бочавер С. К. (Нартова-Бочавер, 1997), понятие преодоления охватывает широкий спектр человеческой активности, включая в общем виде все виды взаимодействия субъекта с внутренними и внешними задачами, при этом большое значение имеют дополнительные (характеризующие задачу и психологические особенности субъекта) условия.

В настоящее время выделяются три подхода к проблеме преодоления. Первый рассматривает преодоление с точки зрения динамики эго – как один из способов психологической защиты, ослабляющий напряжение (N. Haan). Второй подход рассматривает преодоление, исходя из теории черт личности, – как относительно постоянную предрасположенность отвечать на стрессовые события определенным образом (R. H. Moos). В третьем, наиболее распространенном, подходе преодоление понимается как динамический процесс, специфика которого определяется не только ситуацией, но и степенью столкновения субъекта с внешним миром, стрессовым событием.

Классификации типов ресурсов преодоления

Большинство классификаций копинг-ресурсов построено на основе предложенных Р. С. Лазарусом и С. Фолкманом (Lazarus, Folkman, 1984) модусов психологического преодоления: проблемно-ориентированного (усилия направляются на решение возникшей проблемы) и эмоционально-ориентированного (изменение собственных установок в отношении ситуации).

Обе стратегии представляют собой попытки справиться с требованиями проблемы или ситуации: в первом случае мобилизуются ресурсы поведения; они направлены на изменение проблемы, вызвавшей дистресс. Во втором случае мобилизуются ресурсы для регулирования переживаний стресса (Lazarus, Folkman, 1984). Усилия, направленные на регулирование эмоционального отклика (реакции) на ситуацию стресса, могут иметь много форм. Как предложили Р. С. Лазарус и С. Фолкман, они могут включать: усилия, направленные на уменьшение эмоционального дистресса (например, дистанцирование), когнитивное изменение события (ориентация на его положительные аспекты), намеренное усиление дистресса, чтобы мобилизоваться для действия, и другие стратегии. П. Виталиано (P. Vitaliano) выделяет проблемно-ориентированное преодоление и эмоционально-ориентированное преодоление (самообвинение, избегание, предпочитаемое истолкование).

Другие исследователи (Medvedova,1997) подчеркивают, что, несмотря на терминологические различия, можно говорить о двух основных моделях мобилизации копинг-усилий: усилия, сфокусированные на цели, и усилия, направленные на процесс. Модели, ориентированные на цель, представляют усилия по изменению или "пересиливанию" тех факторов среды, которые воспринимаются как стрессовые, или усилия по преодолению или регулированию собственных неприятных эмоций, возникающих в связи со стрессовым эпизодом. Примером могут служить когнитивно-оценочная модель Лазаруса и Фолкмана, сфокусированная на проблемно-эмоциональных аспектах, и модель преодоления Зейтлина, ориентированная на себя или на среду. Модели, ориентированные на процесс, представляют собой стремление к поиску стрессора или избеганию его.

По степени овладения ситуацией выделяются активные и пассивные стратегии преодоления. К активным стратегиям относятся: активно-когнитивный копинг (оценка ситуации), активно-поведенческий копинг (вмешательство в ситуацию, избегание) (A. Billings, R. H. Moos).

В результате факторного анализа П. Торнтон были выделены 8 подвидов поведения преодоления (Форманюк, 1994).

Активные стратегии:

1. Проблемно-сфокусированные стратегии: планомерное решение проблемы; путь конфронтации.

2. Эмоционально-сфокусированные стратегии: дистанцирование масштаба проблемной ситуации; принятие ответственности на себя; отыскание положительного в происходящем.

Пассивная стратегия: эскапизм, избегание.

Л. И. Анцыферова (Анцыферова, 1994) выделяет в качестве стратегий совладания с жизненными трудностями преобразующие стратегии и стратегии приспособления (изменения собственных характеристик и отношений к ситуации). К вспомогательным приемам самосохранения в ситуациях трудностей и несчастий относятся "техники" борьбы с эмоциональными нарушениями, вызванными неустранимыми, с точки зрения субъекта, негативными событиями. Например, уход и бегство из трудной ситуации, которые могут осуществляться не только в практической деятельности, но и чисто в психологической форме – путем внутреннего отчуждения или подавления мыслей о ней. Эти приемы неконструктивны в том смысле, что не устраняюттрудную проблему, но все же они адаптивны, поскольку облегчают психическое состояние.

Одной из важных проблем исследования преодоления является изучение последствий различных стратегий преодоления для уровня саморегуляции человека, а также их эффективности. Считается, что проблемно-ориентированные стратегии эффективны и имеют положительные взаимосвязи с измерениями психологического здоровья. Опора на эмоционально-ориентированные стратегии, с другой стороны, связывается с плохим психическим здоровьем. В настоящее время подвергается сомнению предположение о том, что использование проблемно-ориентированного преодоления всегда будет более адаптивным, чем эмоционально-ориентированное преодоление. Современные исследования свидетельствуют о том, что эффективные усилия по преодолению должны быть конгруэнтны способности человека контролировать ситуацию. То есть проблемно-ориентированные стратегии преодоления будут более эффективными, если событие потенциально можно взять под контроль, в то время как эмоционально-ориентированный копинг будет более адаптивным в случае низкого контроля над ситуацией.

Согласно информационной модели стрессоустойчивости, к ресурсам преодоления стресса относятся:

• Когнитивное преодоление – понимание причин стресса, осмысление ситуации и включение ее образа в целостное представление субъекта о себе, окружении и взаимосвязях с ним. Поиск и оценка возможных средств, которые могут быть мобилизованы для преодоления стресса, поиск конструктивных стратегий преодоления, самооценка, поиск самоподкрепления и поддержки.

• Эмоциональное преодоление – осознание и принятие своих чувств и эмоций, потребностей и желаний, овладение социально приемлемыми формами проявления чувств, контроль динамики переживания, устранение застреваний, неполного отреагирования и др.

• Поведенческое (деятелъностное) преодоление – перестройка поведения, коррекция стратегий и планов, задач и режимов деятельности, активизация или дезактивация поведения или деятельности.

• Социально-психологическое преодоление – изменение направленности личности, коррекция жизненных ценностей или их приоритетов, расширение пространства социальных ролей, позиций и межличностных отношений.

Выгорание и теория "консервации ресурсов"

Для понимания копинг-ресурсов выгорания представляет интерес концепция психологического стресса и "консервации ресурсов" (CCXR-теория) С. Хобфолла. Согласно данной концепции, стресс возникает:

1. В ситуациях, представляющих угрозу потери ресурсов.
2. В ситуациях фактической потери ресурсов.
3. В ситуациях отсутствия адекватного возмещения истраченных ресурсов, когда вложение личных ресурсов для достижения желаемого значительно превышает получаемый результат. Например, временные затраты или физические усилия для достижения какой-нибудь значимой цели значительно больше, чем приобретение, к примеру, материального достатка, статуса или уважения.

В аспекте ресурсной концепции личностные, поведенческие и социальные пе ременные, отрицательно связанные с показателями выгорания, обозначаются как ресурсы, которые при определенных условиях обусловливают стойкость к развитию синдрома "выгорания".

Для повышения стрессоустойчивости важным оказывается накопление ("консервация") ресурсов даже тогда, когда нет действующего стресса. Стратегия накопления ресурсов представляет собой некоторый антиципаторный копинг. Во многих случаях он становится ключом для понимания ответных стресс-реакций и стратегий преодолевающего поведения.[…].

Хобфолл называет ресурсами то, что ценно для человека и помогает ему сохранять психологическую устойчивость в стрессогенных ситуациях. Ресурсы включают в себя объекты (цели), состояния, личные и энергетические характеристики, которые либо сами по себе необходимы для выживания (прямо или косвенно), либо служат средствами достижения лично значимых целей.

Центральный принцип теории "консервации" ресурсов (COR-теория) заключается в том, что люди стремятся получить, сохранить и защитить то, что ценно для них, и стараются использовать свои ресурсы наилучшим способом. Второй принцип теории "консервации" ресурсов: люди должны инвестировать (вкладывать) ресурсы для защиты от их потери, люди стремятся восстановить (вернуть) потерянные и приобрести новые ресурсы.

Теория сохранения ресурсов (СОД-теория) и выгорание.

В моделях развития выгорания Широм (Shirom, 1989) и Эзрахи (Ezrahi, 1985) предполагается, что на ранних его стадиях люди пытаются сражаться с непрерывными (продолжающимися) рабочими стрессорами путем высокого уровня вложения личных ресурсов, направленного на преодоление. На этой стадии люди перевозбуждены, тревожны и фрустрированы, если у них недостаточно ресурсов, чтобы можно было решить проблему. Эзрахи отметил, что на этой стадии люди пытаются применить проблемно-сфокусированные стратегии поведения (вложение дополнительного времени, личной энергии, поиск дополнительной информации и других ресурсов, обращенных на поиск решений проблемы). Если этих ресурсов недостаточно, люди переключаются на защитное поведение для сохранения или восполнения своих ресурсов. Проводя защитную политику, они запасают ресурсы, какие могут, уменьшают косвенные потери ресурсов, которые идут от постоянного вложения в невознаграждаемые решения, и ограничивают потерю личных ресурсов. Потеря ресурсов в значительной мере связана с длительной экспозицией негативной обратной связи, которую люди получают на своем рабочем месте. Психическое выгорание – растянутый во времени стресс, в процессе которого человек растрачивает свои ресурсы, не получая взамен практически ничего (достойной зарплаты, благодарности от реципиентов и т. п.). Цена этого – эмоциональное истощение, чувство деперсонализации, неудачи и сопутствующие негативные эмоции и переживания, потеря душевного благополучия.

Личностные, поведенческие и социальные ресурсы и их взаимодействие с выгоранием

Как показывают зарубежные исследования, социальная поддержка и стремление полагаться на нее – важнейший ресурс

устойчивости от выгорания. Социальные ресурсы связаны с устойчивостью к выгоранию, поскольку тем, кто обладает большей социальной поддержкой, помогает как осознание того, что они не окажутся одни в трудную минуту, так и фактическая инструментальная помощь, к которой они могут обратиться в стрессовой ситуации . В этом случае сама по себе вера в то, что всегда можно положиться на социальную поддержку, помогает конструктивно перерабатывать жизненные и рабочие стрессы (Sarason at al, 1986).

Среди личностных ресурсов таким фактором является интернальный локус контроля и связанные с ним конструкты типа "уверенность в себе" и "самоэффективность" (Bandura, 1997). Считается, что интернальный локус контроля связан со стрессоустойчивостью, поскольку люди с более высоким его уровнем настойчивее в достижении своих целей, что способствует успеху. К ресурсам преодоления профессионального стресса и выгорания Ганн (Gann, 1979) относит высокие показатели "силы Я". Автор обнаружил, что работники социальной службы с сильной Я-концепцией более позитивно ориентированы по отношению к клиентам и в меньшей степени подвержены выгоранию.

По данным Старченковой Е. С., к личностным ресурсам преодоления выгорания относятся: социальная смелость, ответственность, настойчивость, высокая нормативность поведения, радикализм, высокая мотивация достижения. Поведенческими ресурсами преодоления выгорания являются: активные и просоциальные модели поведения (смелость и широта вступления в социальный контакт, поиск социальной поддержки и готовность к ее принятию, ассертивное поведение).

Хотя проведено уже много исследований, связывающих личностные и социальные ресурсы со стрессоустойчивостью, С. Хобфолл отмечает, что для изучения данного вопроса необходимо использовать динамические модели их взаимодействия, а не статические, так как в статических моделях не учитывается, что ресурсы сами по себе изменяются под воздействием стрессовых обстоятельств.

Другие исследователи эмпирическим путем показали, что социальные ресурсы часто уменьшаются, когда люди подвергаются воздействию стресса (Kaniasty и Norris, 1993). Еще одна группа ученых получила аналогичные данные о том, что даже личностные, когнитивные ресурсы могут уменьшаться под воздействием стресса, поскольку стрессовая ситуация подрывает веру в собственные силы, например веру в собственную компетентность (Baumeister,

Bratslavsky, Muraven, and Tice, 1998). В контексте стрессоустойчивости "вера" рассматривается как важнейший поддерживающий и "динамизирующий" личностный ресурс. Возможно, стрессовая ситуация бросает вызов энергии и мотиву, необходимым для того, чтобы применить этот ресурс.

В теории сохранения ресурсов Хобфолла (1989,1998) потеря ресурсов рассматривается как первичный механизм, ведущий к стрессовым реакциям. В то же самое время, когда имеет место потеря ресурса, другие ресурсы призваны ограничить инструментальное, психологическое и социальное воздействие разворачивающихся событий. Потеря "душевных" и социальных ресурсов, потеря субъективного благополучия – это путь к выгоранию и потере здоровья личности.

Водопьнова Н.Е. Синдром "психического выгорания" в коммуникативних профессиях // Психология здоровья / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб. : Изд-во СПбГУ, 2006. – С. 548–572.

Лазос Г.П., Литвиненко Л.І.

ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ВОЛОНТЕРІВ, ЩО ПРАЦЮЮТЬ З ПОСТРАЖДАЛИМИ

Професійна діяльність психологів і представників інших "помічних" професій завжди включає елемент ризику, пов’язаного із особливостями контакту з травмованими клієнтами. Цей ризик значно зростає у кризові періоди життя суспільства, коли кількість постраждалих людей, що потребують психологічної допомоги, суттєво збільшується. В сучасних умовах навіть досвідчені психотерапевти, які часто зустрічались у своїй роботі з людськими стражданнями і втратами, говорять про достатньо серйозне і виснажуюче навантаження в професійній діяльності. Особливо це стосується тих фахівців, які, виконуючи свій обов’язок, працювали з постраждалими на Майдані, працюють нині у кризових центрах, шпиталях, зоні АТО.

Як показує досвід хорватських психотерапевтів (часи розпаду Югославії), саме тому, що психотерапевтична робота відбувалася в умовах війни і тотальної небезпеки, в умовах подолання наслідків війни, психотерапевти і їхні клієнти були травмовані однаково. Згідно з даними J. Herman, негативні емоційні реакції виникають у 70%

психотерапевтів у результаті опису клієнтами перенесених ними тортур, катувань і різного роду знущань.

Розглянемо, в чому саме полягають професійні ризики фахівців, що працюють з травмованими людьми. Теоретичне вивчення цього питання показало, що в межах дослідження проблеми професійного ризику психологів / психотерапевтів, які надають допомогу постраждалим, вивчаються такі феномени:контрперенесення (травматичне контрперенесення) або негативні емоційні реакції психотерапевта; вторинна (делегована, секундарна, індукована) травматизація; віктимізація психотерапевта; професійне (емоційне) вигорання. […].

Почуття, які відчуває психолог/психотерапевт під час надання допомоги клієнту, впливають як на процес психотерапії, так і на самого фахівця. Відомо, що емоційні реакції психотерапевта стосовно клієнта та його розповіді називають контрперенесенням. […]. По-перше, у сучасній практичній психології та психотерапії контрперенесення розглядається як перший засіб діагностики стосунку між психотерапевтом і клієнтом, а також як засіб впливу під час психотерапії. По-друге, клієнт може викликати у психолога/психотерапевта сильний імпульс відігравати власні старі драми та задовольняти давні власні потреби, і саме від цього фахівець має убезпечити як свого клієнта, так і себе. Як зазначають науковці, у випадку роботи з травмованими клієнтами ризик виникнення такого імпульсу у фахівця є особливо. Отже, контрперенесення можна розглядати як емоційні реакції психотерапевта, що виникають в результаті взаємодії його власних невирішених внутрішніх конфліктів з конфліктами, що містяться в історіях, які розповідає клієнт. Як зазначають американські науковці J.P. Wilson, J.D. Lindy, трагічні розповіді клієнтів викликають у психотерапевтів такі імпульси, які неможливо легко інтегрувати та проти яких фахівець застосовує цілу низку власних психологічних захистів (витискання, проекція, заперечення тощо). Ці захисти призводять до порушення функціонування психолога як під час сеансів, так і в стосунках з колегами.

Феномен контрперенесення у роботі з травмованими клієнтами чи не вперше проаналізувала американський психолог Y. Danieli. Авторка описала низку характерних емоційних реакцій, які відчували фахівці в роботі з жертвами Голокосту: захист; провина спостерігача; гнів; сором та пов’язані з ним емоції відрази, приниження; страх; горе та скорбота; героїзація тих, хто вижив після тортур; привілейований вуйаєризм; почуття тісного зв’язку з клієнтом тощо.

L. Comas-Dias, A.M. Padilla, S. Watson у своїх роботах наголошують на високому ризику віктимізації психотерапевтів клієнтами і

можливості замісної травматизації. Психотерапевти, що стали жертвами замісної травматизації, можуть відчувати спустошення, безпорадність і мати сумніви щодо своєї компетентності. Американські дослідники M. Vinar, J.P. Wilson та J.D. Lindy зазначають, що не лише жертви насилля, а й психотерапевти, які працюють з ними, можуть відчувати в психотерапевтичній ситуації інтенсивні агресивні почуття,

На наш погляд, досить вичерпною є класифікація різновидів травматичного контрперенесення, яку запропонувала J. Herman. За визначенням авторки, "травматичне контрперенесення – це широкий континуум емоційних реакцій психотерапевта, що виникають у нього в результаті спілкування з жертвами насильства і ознайомлення з обставинами травматичних подій".

Увесь спектр контрперенесень, що відчуває психотерапевт під час роботи з клієнтами, які пережили лихо у своєму житті, описується J. Herman за допомогою таких різновидів: емоційна ідентифікація психотерапевта з почуттям горя клієнта, ідентифікація з жертвою чи насильником, ідентифікація з нетравмованим спостерігачем ("провина свідка") […] психотерапевт, працюючи з психічними наслідками травми клієнта, найчастіше ідентифікується з почуттям його горя, відчуваючи втрату так само, як і його клієнт. L. Shengold, працюючи з жертвами насильства, запровадив свій термін цього виду контрперенесення – "via dolorosa" (шлях скорботи), який проходить психотерапевт разом зі своїм клієнтом. Багато психотерапевтів, які працювали з людьми, що пережили Голокост, так описували свої відчуття під час роботи: "поглинання мукою", "занурення у відчай" тощо. J. Herman зазначає, що якщо у психотерапевта немає достатньої підтримки, щоб переживати такі стани, він не може виконати свою обіцянку бути свідком і емоційно усувається від терапевтичного альянсу.

Оскільки у своїй ролі спостерігача психотерапевт потрапляє в конфлікт між жертвою та насильником, то він може ідентифікуватися не тільки з почуттями жертви, а й з почуттями насильника. Тоді як емоційна ідентифікація з жертвою може бути досить інтенсивною і болючою для психотерапевта, ідентифікація з насильником може викликати у нього неймовірний жах, бо вона кидає виклик власній ідентичності як емпатійної людини й фахівця, що допомагає. Є багато свідчень психотерапевтів, які були вимушені зустрітись із власними переживаннями садистичного характеру, працюючи з жертвами насильства. J. Herman пише про те, що психотерапевт у такому випадку має побачити і визнати можливість того, що, перебуваючи у

стані екстремального фізичного та душевного стресу або в атмосфері насильства, яке заохочується та схвалюється, він сам може вбити.

Цей різновид контрперенесення може мати різні форми прояву. Так, психотерапевт може відчувати сильний скептицизм і не вірити в правдивість свідчень клієнта; може мінімізувати чи раціоналізувати насильство. Психотерапевт так само може відчувати відразу до поведінки клієнта або почати засуджувати його, якщо останньому не вдається відповідати уявленню психотерапевта про поведінку "ідеальної жертви". Інколи психотерапевт може відчути презирство щодо безпорадності клієнта та його гніву, або миттєво відчути щиру ненависть й бажання позбутися клієнта.

Останній різновид контрперенесення з визначених J. Herman – ідентифікація психотерапевта з нетравмованим спостерігачем або свідком – є найгострішою та універсальною реакцією фахівців. Проявом цієї ідентифікації є реакція за типом "провина свідка". За своєю інтенсивністю вона схожа на "провину того, хто вижив", яку часто демонструють клієнти. Психотерапевт може відчувати провину лише від того факту, що він не зазнав тих страждань, яких зазнав його клієнт. В результаті, психотерапевту важко насолоджуватися комфортом або отримувати звичне задоволення від звичайних речей, від життя загалом. Крім того, психотерапевти можуть засуджувати себе за недостатність покладених на роботу зусиль, за невиконаний громадянський обов’язок і дійти висновку, що тільки повне заглиблення в роботу може компенсувати всі їхні недоліки і допомогти спокутувати провину. Як зазначає J. Herman, у разі, якщо "провина стороннього спостерігача" не усвідомлена психотерапевтом, він ризикує почати повністю ігнорувати власні інтереси.У психотерапевтичних стосунках він може перебирати на себе надлишкову відповідальність за життя та долю клієнта, тим самим знесилюючи його в черговий раз. Саме така реакція контрперенесення найчастіше призводить до емоційного вигорання психотерапевта.

Важливо зазначити також, що в літературі розрізняються реакції контрперенесення психотерапевтів щодо клієнтів, які відносно нещодавно отримали травматичний досвід (під час переселення, воєнних дій), а до цього не мали серйозних психологічних проблем, та щодо клієнтів, які ще і в дитинстві пережили травматичну подію ("вторинна травматизація"). Емоційні реакції психотерапевтів на нещодавно перенесені страждання та трагедії викликають у фахівців набагато сильніші переживання жаху, провини і гніву, ніж ті, які мали місце в минулому клієнта. Так само розрізняють процеси травматизації і вторинної травматизації психотерапевта. У разі, якщо

психолог/психотерапевт має у своєму досвіді перенесену психологічну травму, а розповідь клієнта нагадує йому про ті події, фахівець зазнає "вторинної травматизації" (секундарної травматизації). А в разі роботи з клієнтами, що пережили травматичний досвід і не сформували адекватних захистів, психологічні наслідки для фахівця визначаються як "травматизація" або "делегована травматизація". До основних симптомів травматизації психотерапевта науковці відносять нічні жахіття, уникаючу поведінку, нав'язливі думки, зміну мислення, емоційні реакції роздратування, плаксивості тощо. Під час контакту з внутрішнім світом травмованої людини відбувається так зване "зараження" психотерапевта, тобто якоюсь мірою він може перейняти психічні стани свого клієнта. У таких випадках емоційне навантаження, що призводить до "індукції травми" або до "психологічного зараження", багато в чому пов'язане з необхідністю зустрічатись із темою смерті, що є зазвичай табуйованою в повсякденному житті сучасної людини. Крім того, постійно стикаючись із темним боком людської природи, зі злом, жахливими формами людської жорстокості та насильства, психолог/психотерапевт так чи інакше починає відчувати "втому від співчуття". Ризик для психолога, який постійно працює з травмованими клієнтами, полягає ще й у тому, що в такому випадку можуть актуалізуватись його власні психічні травми. Так, за висновками D. Golub, огляд арт-продукції, що створена клієнтом, і її обговорення можуть викликати в арт-терапевта спогади про травму, перенесену ним самим в минулому. Н. Хеуш, посилаючись на власний досвід, зазначає, що піклування про тих, хто переживає емоційний дистрес, може бути частиною процесу зцілення самого психотерапевта. Інші автори акцентують увагу на небезпечності процесу психотерапії, яку проводить травмований психотерапевт (а особливо психотерапевт, що перебуває в процесі дії вторинної травматизації), з огляду на те, що опрацювання власних проблем за рахунок клієнта може неусвідомлено превалювати над процесами його зцілення.

[…] Фахівці, які надають різного роду підтримку іншим людям, і особливо ті, хто постійно має справу з людським горем, стражданнями тощо, так чи інакше можуть відчути певні психологічні проблеми, що впливають на їхній емоційний стан і професійну поведінку і призводять до емоційного вигорання.

Термін "вигорання" запровадив 1974 року американський лікар Г. Дж. Фрейденбергер. Він описав його як синдром втрати енергії, відчуття перевантаження себе проблемами інших, розчарування в роботі і як такий, що виникає у співробітників кризових центрів та

психіатричних лікарень. Процес вигорання, як зазначає C. Cherniss, зазвичай починається з інтенсивного й тривалого стресу, що викликає почуття напруженості, роздратування та втоми і завершується психологічним відстороненням від роботи, коли людина стає апатичною, цинічною та ригідною.

Дослідники називають низку ознак, за якими можна визначити процес емоційного вигорання у фахівця. Так, наприклад, американські вчені послуговуються такими ознаками при діагностуванні емоційного вигорання у психологів/психотерапевтів: почуття емоційного виснаження, розвиток негативного ставлення до клієнта, розвиток негативного ставлення до себе та своєї роботи. C. Maslach вважає, що вигорання – це не втрата творчого потенціалу, не реакція на сум, а скоріше за все емоційне виснаження, що виникає на фоні стресу, викликаного міжособистісним спілкуванням. Деякі дослідники прирівнюють вигорання до дистресу у його крайніх проявах і до третьої стадії загального адаптаційного синдрому за Г. Сельє – стадії виснаження.

[…] перейдемо до розгляду вітчизняної практики допомоги у цьому напрямі, яка склалась у професійній спільноті протягом останнього року, а також підходів, методів і методик, які застосовуються для попередження означених вище станів фахівців та надання допомоги тим із них, які вже відчувають описані симптоми.

Проблематика та методи психологічної підтримки волонтерів, які працюють з різними групами постраждалих. Беручи до уваги досвід роботи Кризового центру медико-психологічної допомогипри інституті психології імені Г.С. Костюка НАПН України, розглянемо контингент волонтерів, що працюють із постраждалими і з якими проводиться психопрофілактична та психотерапевтична робота. Першою великою групою волонтерів є група психологів/психотерапевтів, які надають психологічну допомогу переселенцям з Криму та східної України, військовим, пораненим бійцям АТО, родинам загиблих, працюють у службі "Телефону довіри". Наступною групою є волонтери інших "помічних" професій (соціальні робітники, шкільні психологи,педагоги тощо). В окрему групу виділено медичних працівників – лікарів (особливо лікарів з психіатричною спеціалізацією), середній та молодший медичний персонал. Остання група волонтерів – це люди різних спеціальностей, які працюють в різних благодійних фондах та громадських організаціях і надають постраждалим соціальну підтримку, а також координатори громадських об’єднань (наприклад, "Крим – SOS").

На основі отриманих на сьогодні даних окреслимо проблематику визначених груп волонтерів. Головними проблемами всіх груп волонтерів наразі є емоційне вигорання та травматизація. Психологи/психотерапевти відзначають у себе такі емоційні стани: страх зустрічі із важко постраждалими, "емоційне оніміння", депресивні епізоди, відразу, спроби звинувачення клієнта або намагання зайняти щодо нього позицію "спасителя", знецінення себе, своєї роботи, змішування психологічної підтримки з соціальною роботою тощо. Медичні працівники на фоні перевантаження та критичності ситуації (постійне збільшення кількості поранених, відсутність медичних препаратів, досвіду роботи з "бойовими травмами" солдат, міжвідомча неузгодженість тощо) у шпиталях так само відзначають сильні переживання, найчастіше злість, роздратування та розгубленість (особливо ті, які не мають в своєму професійному досвіді практики роботи з важко травмованими, пораненими). Волонтери благодійних фондів та інших громадських організацій теж достатньо швидко "перегорають" – активно долучаючись до різних видів допомоги, вони виснажуються, почуття роздратування та образи призводять до знецінення своєї праці, що з часом переростає у знесилення, апатію, почуття провини або відсторонення.

На думку багатьох західних науковців, майже всі методи та стратегії, що допомагають подолати вигорання та травматизацію психотерапевтів, є у той самий час і методами їх профілактики. З метою мінімізації професійних ризиків волонтерів, убезпечення їх від травматизації та вигорання у Кризовому центрі застосовуються наступні заходи і методи: постійно діюча група взаємопідтримки, постійно діюча супервізійна група, психотерапевтичні балінтовські групи, за необхідності – індивідуальна форма психотерапії. Коротко розглянемо їх.

Групи взаємопідтримки, як правило, створюються на основі об’єднання фахівців, які працюють у певному напрямку, з метою надання психологічної допомоги кожному члену групи. […].

Технічно *група взаємопідтримки* проводиться за участю одного або двох ведучих.Її формат допускає застосування різних технік та методів психотерапії (інколи – нестандартні психотерапевтичні прийоми), за необхідності – включає в себе супервізійні сесії, індивідуальну психотерапію у групі.

Так, під час однієї з груп взаємопідтримки всі учасники відчували сильний неспокій і пригніченість. Група обговорювала переживання горя однією із колег з приводу смерті бійця АТО, з ким вона працювала. Учасники групи, зіткнувшись із складними, неперено-

симими переживаннями реагували по різному: від сліз до повного ескапізму. Одна з учасниць, знаходячись у своєму процесі переживання горя, почала наводити страшні приклади катувань наших бійців, чим викликала обурення і агресію групи. Впоратись із усіма цими переживаннями допомогла, як не дивно, проста вправа із мильними кульками. Видуваючи кульку, учасники групи ніби "видували" свої важкі переживання, які ставали різнокольоровими, легкими і, стикаючись один з одним у повітрі, – лопались з яскравими бризками. Символізм, присутній у цій процедурі, допоміг учасникам певною мірою каталізувати свої негативні переживання, підтримати один одного, почати посміхатися і, отже, відновлювати сили для подальшої роботи із постраждалими.

Підсумовуючи досвід проведення *груп взаємопідтримки* із волонтерами, відмітимо низку загальних особливостей даних груп, які сприяють досягненню змін у поведінці учасників, покращенню їх самопочуття:

- Спільний досвід. Певна схожість досвіду учасників є основою формування та функціонування груп взаємопідтримки, тому що, по-перше, члени групи розуміють один одного (знаходяться на "одній хвилі") і не почуваються самотніми; по-друге, спільність досвіду сприяє зниженню рівня захистів та пом’якшенню почуття сорому, спонукає учасників до саморозкриття та самоусвідомлення.
- Допомога іншим. Цей принцип у групах взаємопідтримки означає наступне: чим більше члени групи допомагають іншим, тим більше вони допомагають собі під час роботи в групі.
- Отримання інформації. Значний психотерапевтичний ефект даних груп пов’язаний із обміном інформацією між членами групи щодо методів та технічних прийомів у роботі з постраждалими, щодо методів саморегуляції та опанування стресом тощо.
- Зворотній зв’язок. У атмосфері відкритості та щирості, яка є обов’язковою умовою проведення таких груп, поведінка та почуття учасників є зрозумілими для спостереження та можливими для обговорення.
- Навчання спеціальним методам. Члени групи разом краще опановують нові спеціальні методи та технічні прийоми саморегуляції, протистояння стресу та емоційному вигоранню.
- Інтенсифікація когнітивних процесів. Психотерапевтичний вплив процесів взаємопідтримки та самопомочі безпосередньо пов’язаний із такими когнітивними здобутками, як: формування позитивного Я-образу, покращення взаєморозуміння, розширення альтернатив сприйняття, підсилення здатності дифференціонування тощо.

Супервізія – один із методів підготовки та підвищення кваліфікації психотерапевтів. За допомогою супервізії психотерапевт має змогу більш системно та всебічно "побачити" свого клієнта, усвідомити етіологію і дінаміку його проблематики, з'ясуватии почуття перенесення (контрперенесення). Супервізія надає можливість фахівцю аналізувати свої професійні дії та "сліпі плями", що блокують професійні стосунки з клієнтом, спонукає до перегляду стереотипів.Так само супервізія – важливий метод для профілактики емоційного вигорання психотерапевта, завдяки можливості опрацювання в умовах колегіальної підтримки складних або "невдалих" випадків роботи, процесу травматизації (чи вторинної травматизації) психотерапевта.Саме підтримка та допомога у віднайденні ефективних стратегій подальшої роботи з клієнтом є, на наш погляд, головними "лікувальними" моментами під час супервізування психотерапевтом складних власних випадків із травмованими клієнтами.

У якості прикладу наведемо випадок із роботи супервізійної групи, проведеної для психологів-волонтерів, які працюють із тимчасово переселеними особами.

Молодий психолог, працюючи з переселенкою з Криму, матір'ю трьох дітей, почала відчувати неспокій щодо своєї клієнтки. Сталося це після того, як клієнтка показала малюнки своїх дітей. У малюнках було досить багато чорного кольору, агресивних символів та тривожних, на думку психолога, ознак. Психологу навіть здалось, що синець на обличчі середньої за віком доньки клієнтки з'явився в результаті побиття дівчинки своєю матір'ю. Психолог почала дуже непокоїтись за дітей своєї клієнтки, а у клієнтки почала "помічати" психічні відхилення і шукати лікаря-психіатра для встановлення діагнозу. Цей випадок психолог винесла на супервізію. Колеги – психологи під час обговорення піддали сумніву підозри супервізанта у психічній нестабільності клієнтки. Виявилось також, що діти клієнтки жваві і активні, вони постійно рухаються (днями обірвали гойдалку у санаторії). А сама супервізант усвідомила, що малюнки, ймовірно, нагадали їй певні трагічні моменти її власного дитинства, про які вона "вже давно не згадувала... і думала, що вже їх пережила". Під час обговорення групою було інтерпретовано алгоритм дії феномену контрперенесення психолога наступним чином: у психолога виникають сильні емоційні реакції у відповідь на розповіді та малюнки дітей клієнтки, що стосується їх травматичного досвіду, які вона не в змозі подолати та усвідомити; психолог трансформує свої власні емоційні реакції у фантазії про емоційні реакції клієнтки, застосовуючи

їх як інтерпретації під час сеансу та для формування гіпотези і шляхів подальшої роботи.[…]

Схожим за своєю ідеєю та завданнями на супервізійний є метод балінтовських груп. В літературі балінтовськими групами називають тимчасові об'єднання лікарів, психологів, психотерапевтів, соціальних працівників або студентів, що опановують ці спеціальності, які під час зустрічей обговорюють під керівництвом ведучого групи свій терапевтичний або психіатрічний досвід. Ця спеціалізована групова робота спрямована на дослідження стосунку "лікар – хворий", "психотерапевт – пацієнт/клієнт", "психолог – клієнт" для усвідомлення "сліпих плям" фахівця у його стосунках із пацієнтом/клієнтом. До основних цілей балінтовської групи відносять: 1) підвищення компетентності у професійному міжособистісному спілкуванні; 2) усвідомлення особистих проблем (наприклад, контрперенесення), що блокують професійний стосунок між фахівцем та клієнтом; 3) покращення психічного стану фахівців за рахунок колегіальної підтримки і спільного опрацювання складних випадків. До того ж цей метод допомагає віднайти та посилити творчий позитивний потенціал психотерапевта і, як підкреслював автор методу М. Балінт, зміцнити його "професійне Я", що є головним критерієм успішності подібних груп і найкращою процедурою з мінімізації ризиків емоційного вигорання. Під час роботи балінтовської групи можуть бути застосовані різні тренінгові методи та психотерапевтичні прийоми: рольові ігри, елементи психодрами, тренінг сенситивності, прийоми емпатійного слухання та невербальної комунікації тощо. […]

Індивідуальна психотерапевтична робота проводиться у тих випадках, коли психотерапевт, що працює з постраждалими, потрапляє у свою власну травму, відчуває тривожні та депресивні симптоми. Індивідуальна психотерапевтична робота з ним проводиться за тією ж схемою, що і робота з постраждалими, із застосуванням наведених у попередніх розділах методів, методик, технічних прийомів.

Психологічна підтримка волонтерів, що працюють із тимчасовими переселенцями. Проблему інтенсивних емоцій під час роботи з тимчасово переселеними людьми психологи-волонтери постійно відзначають як актуальну. Отже, розглянемо, якими є емоційні реакції фахівців у цьому випадку. За нашими даними, найчастіше спостерігаються наступні різновиди емоційних реакцій. Реакції, викликані описом клієнта свого травматичного досвіду, що проявляються через гнів, агресію, які переживає клієнт і разом з ним психолог. Емоційні реакції, що викликані культурними відмінностями між психологом/психотерапевтом і клієнтом-переселенцем (особливо це

стосується роботи з переселенцями з Донбасу, менше – з кримськими татарами), що впливає на їхні стосунки і проявляється у вигляді придушення негативних емоцій, покори, іноді – примусового змушування йти на зустрічі із клієнтом, роздратування тощо. Реакції, пов'язані із почуттям неспроможності, нездатності допомогти (адже в першу чергу переселенцям необхідно вирішувати побутові та юридичні питання, що виходить за межі компетенції психолога). Четвертий різновид реакцій проявляється у деяких фахівців через повернення у власну травму (спостерігається у тих психологів/психотерапевтів, які у минулому були теж травмовані і переживають символічну схожість власного досвіду з досвідом переселенця). Достатньо часто у волонтерів, що працюють із тимчасово переміщеними людьми, спостерігається феномен травматизації. Як волонтери-психологи, так і волонтери інших професій, зустрічаючись із трагічними подіями, що призвели до переселення (проходячи "шлях скорботи" із своїми клієнтами), з часом починають відчувати зміни у власному самопочутті. Найчастіше ці зміни пов'язані із психологічною травматизацією і проявляються у вигляді страху чергової чи нової зустрічі із переселенцями, депресивними епізодами, пригніченим настроєм та вразливістю (немотивовані сльози, тривога, провина тощо). Так само зустрічаються феномени вторинної травматизації. І якщо психологи/психотерапевти розуміють необхідність та можливість отримання допомоги, то інші волонтери, не психологи, намагаються долати свої переживання самотужки. Достатньо складно як організаційно, так і психологічно залучати їх до спеціальної роботи з опрацювання цих травм та відновлення нормального психологічного стану. Організаційно тому, що волонтери працюють за власним графіком, належать до різних організацій і не завжди можуть відвідувати спеціальні семінари чи групи, а психологічно – тому, що не кожен з людей, який не має досвіду звернення за допомогою для вирішення психологічних проблем, розуміє необхідність і доцільність опрацювання власних негативних реакцій, що з'явились під час надання допомоги постраждалим.

За нашими спостереженнями, феномен емоційного вигорання у психологів та інших груп волонтерів, що працювали з тимчасовими переселенцями, почав проявлятись уже через місяць активної роботи. Першими ознаками прояву цього феномену у психологів/психотерапевтів були переживання власної неспроможності, знецінювання своєї праці, почуття суму та неможливість відволіктись у вільні від волонтерської роботи дні від думок та переживань з приводу допомоги переселенцям. Деякі колеги під час зустрічей

у *групі взаємопідтримки* скаржились на неможливість радіти та посміхатися, відвідувати різні заходи, не пов'язані із допомогою постраждалим; відчували провину за те, що у переселенців немає можливості повноцінно жити, а у них є, і це – несправедливо; відзначали порушення стосунків у своїх родинах.

Щодо волонтерів – не психологів, то вони виявились ще вразливішими стосовно емоційного вигорання і перші його ознаки проявлялись у них фізичним та психологічним виснаженням, образами на переселенців, які недостатньо позитивно оцінюють діяльність волонтерів, конфліктують тощо. Відсутність розуміння всієї складності стосунків у подібній ситуації, емоційних станів переселенців, які позначаються на їх поведінці, – поглиблювали процеси емоційного вигорання аж до повного їх відсторонення від роботи та психосоматики.

Розглянемо різні форми роботи з волонтерами по профілактиці та опрацюванню описаних феноменів. З метою діагностики ступеня і особливостей емоційного вигорання у волонтерів ми застосовували методику вигорання В. В. Бойка[…]. Для волонтерів було створено також спеціальні групи, в яких проводились як навчальні семінари, так і психологічна робота з подолання наслідків травматизації. Основні завдання таких груп: 1) пояснити важливість убезпечення себе та своєї психіки від надлишкових навантажень та травмування; 2) надання інформації щодо психічних станів переселенців і пов'язану з ними поведінку та реакції; 3) інформування про емоційні реакції (контрперенесення), які можуть виникати у волонтерів під час роботи з переселенцями та способи їх подолання; 4) створення груп взаємопідтримки. До *груп взаємопідтримки* в першу чергу залучались волонтери з високими показниками емоційного вигорання. У цих групах волонтери мали змогу каталізувати свої переживання різного спектру, зрозуміти їх універсальність (майже кожен учасник групи відчував схожі переживання), позбутися провини за їх відчуття. Важливим аспектом роботи такої групи було навчання учасників ефективним способам саморегуляції та відновлення. […]

Так само потребували допомоги й громадські координатори, які взяли на себе вирішення всього обсягу питань щодо благоустрою та життєдіяльності переселенців. Конфлікти, які супроводжували кожен розподіл гуманітарної допомоги, звинувачення у прихильності до тієї чи іншої групи переселенців, неможливість вирішення складних питань з державними органами та недовіра й образи з боку переселенців, цілодобова робота вже через кілька тижнів з моменту початку цієї діяльності призводила до емоційного вигорання майже всіх коор-

динаторів-волонтерів. З метою їх психологічної підтримки почались створюватися групи і для цієї категорії волонтерів. Наш досвід показує, що в цих групах по-перше, важливо звертати увагу на конфліктні ситуації у спільнотах переселенців, обговорювати конкретні випадки конфліктів, розглядаючи в колі найскладніші ситуації, і загалом знижувати градус конфліктності. По-друге, важливо сприяти проговоренню учасниками своїх почуттів, надавати простір для скарг на втому та стани безпомічності.

Щодо професійних психологів, то у них активність і ефективність роботи в пункті прийому біженців змінювалася на переживання знецінення своєї роботи в місцях розселення тимчасово переселених громадян. Річ у тому, що описана у розділі 2.2. специфіка переживань переселенців, пов’язана із травматичними переживаннями, страхом, недовірою і підвищеною їх тривожністю, не давала змоги відразу встановлювати контакт, люди не збирались на заплановані психотерапевтичні групи, ситуація роботи психологів "без запиту" інколи викликала почуття безпорадності, знецінення себе як фахівця і своєї роботи. Важливим аспектом взаємодії фахівців з переселенцями було також відокремлення своєї професійної діяльності від соціальної чи загальнолюдської (психологи часто приносили їжу, ліки, картки поповнення мобільного рахунку, іграшки та одяг для переселенців).

На основі нашого досвіду роботи наведемо основні пункти сценарію проведення *груп взаємопідтримки* для психологів: 1) проговорення почуттів, рефлексія власних станів; 2) взаємна підтримка та підбадьорення; 3) супервізійні розбори складних випадків (які теж мають сильний підтримувальний ефект); 4) обговорення ефективних засобів роботи з переселенцями; 5) опанування навичками саморегуляції, стресостійкості тощо.

Таким чином, фізичне та емоційне виснаження волонтерів – представників різних "помічних" професій призводить до швидкого їх емоційного вигорання (вже протягом першого місяця активної роботи). Важливим аспектом психологічної допомоги таким волонтерам є організація груп взаємопідтримки, під час проведення яких важливо надавати інформацію щодо психічних станів переселенців, особливостей їх поведінки, роз’яснювати необхідність каталізації своїх переживань у групі, сприяти цим процесам, створюючи максимально безпечний простір. Щодо волонтерів-психологів, то для них ефективним і необхідним є відвідування постійно діючих супервізійних чи балінтовських груп, груп взаємопідтримки, а у разі виникнення складнішої симптоматики (вторинна травматизація, депресивні епізоди чи підвищення тривожності) – відвідування індивідуальної психотерапії.

Лазос Г.П., Литвиненко Л.І.Психологічна підтримка волонтерів, що працюють з постраждалими // Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. – К. : ТОВ "Видавництво "Логос". – 206 с. – С. 121–144 http://neurocorrection.-com.ua/publikatsii/item/67-psikhologichna-pidtrimka-volonteriv-shcho-pratsyuyut-z-postrazhdalimi

Робертс Г.

ПРОФИЛАКТИКА ВЫГОРАНИЯ

[…] Выгорание – это не научный конструкт, а запоминающаяся и неточная метафора. Хотя в настоящее время он удостоен диагностического статуса (МКБ-10:Z73-Проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью), несомненно, это новое название старой проблемы. Оно может быть лучше всего концептуализировано как "размытое множество" (Burisch 1993) – общее название последствий длительного рабочего стресса и определенных видов профессионального кризиса. Поскольку данные современных исследований наглядно показали, что выгорание можно отличить от других форм стресса как концептуально, так и эмпирически и, следовательно, это не просто "слабый" синоним более устоявшихся обозначений данных симптомов, возникает необходимость подкрепить интегрированную и обобщающую модель с помощью систематических научных исследований (Burke & Richardsen,1996).

Профилактические мероприятия могут быть разработаны только после того, как проблема распознана и изучена. […]

Существует явная обеспокоенность в связи с патогенностью медицинской работы для практикующих врачей, и так как их здоровье жизненно важно для безопасности и качества оказываемой ими помощи, необходимо проявить серьезную озабоченность, поскольку как отметил Donaldson (1994): "Проблемы, связанные с состоянием здоровья врачей, рассматриваются недостаточно, вмешательства осуществляются слишком поздно, существуют также ощутимые установочные и организационные барьеры для обращения за помощью в соответствующие медицинские учреждения". […].

Понятие выгорания

Литература о выгорании необычна тем, что подавляющая часть из 2500 статей и книг, написанных на эту тему с 1974 года, представляет собой краткие рассказы о случаях, написанные практику-

ющими врачами, а не учеными. Совсем мало литературы, которую можно было бы признать научным исследованием, и много рассуждений и практических предложений. […] Создание "Опросника для выявления выгорания" – Maslach Burn-Out Inventory (MBI; Maslach & Jackson, 1986) и Шкалы утомления – Tedium Scale (Pines et al, 1981) снабдило врачей психометрическими инструментами, что позволяет использовать более стандартизированный подход.

Некоторые из авторов (King, 1993) возражали против термина "выгорание" из-за его неопределенности и частичного совпадения с родственными понятиями, например посттравматическим стрессовым расстройством, депрессией или "хандрой", либо рассматривали его как странную психиатрическую химеру (Morrow,1981). Другие устанавливали связи с существующими моделями, например теорией общего стресса (Hobfoll & Freedy,1993), заученной беспомощностью (Meier, 1983) и психодинамикой беспомощности у представителей помогающих профессий (Adler,1972), моделью самоэффективности и компетентности Bandura (Cherniss, 1993) и компульсивным оказанием помощи при "синдроме помогающих профессий" (Malan, 1979). С точки зрения определения стрессового процесса Selye (1956) (то есть стадий тревоги, резистентности и истощения), выгорание можно приравнять третьей стадии, которой предшествует стойкий и не поддающийся контролю уровень возбуждения.

Выгорание не эпизод, а конечный результат процесса "сгорания дотла". Мы работаем в беспокойной обстановке, требующей устойчивого внимания и напряжения, единственным постоянством которой является ее постоянная изменчивость. Стресс вызывается множеством требований (стрессорами), которые непрерывно суммируются в разных сферах нашей жизнедеятельности. Наше чувство контроля над тем, что происходит, может иметь решающее значение. Если мы учимся реагировать адаптивным способом, мы более успешно и эффективно действуем и повышаем свою функциональную активность и уверенность, тогда как дезадаптивные реакции ведут нас по нисходящей спирали к выгоранию. Когда требования (внутренние и внешние) постоянно преобладают над ресурсами (внутренними и внешними), у человека нарушается состояние равновесия. Непрерывное или прогрессирующее нарушение равновесия неизбежно ведет к выгоранию. Выгорание – не просто результат стресса, а следствие неуправляемого стресса.

Распознавание выгорания

Часто индивиды, которые сгорают дотла или выгорают, испытывают большие трудности в распознавании этого состояния, а

резистентность нарастает вместе с тяжестью выгорания. Его распознаванию может помочь использование какого-нибудь объективного опросника (Haslam, 1994; Chambers, 1995), его несомненно легче диагностировать в тех производственных условиях, где стресс не рассматривается как моральный изъян и где к страдающим лицам не относятся оскорбительно.

Maslach & Jackson(1986) делят признаки выгорания на три группы – эмоциональное истощение, деперсонализация и снижение личных достижений. Человек может испытывать или проявлять их различными способами (Вставка 1). Хотя существует риск, что эти признаки и симптомы будут иметь вид длинного "перечня покупок", все вместе они характеризуют переходное состояние, при котором, те симптомы и признаки, которые мы стремимся устранить, становятся угрозой практикующему врачу и практикующий врач становится озабоченным своими личными потребностями и переживаниями. Многие симптомы истощения соответствуют дезадаптивным способам снятия стресса, направленным на удержание пациентов на почтительном расстоянии; в течение короткого времени эти способы могут работать, но без какого-либо разрешения проблем, формируя таким образом процесс выгорания. Schwartz & Will (1953) дали описание ранних признаков взаимного избегания деморализованного персонала и больных, которое, появившись однажды, становилось самоподкрепляемым.

Происхождение выгорания

Существует прискорбная тенденция работодателей и сотрудников немедленно возлагать ответственность за выгорание на индивида. Однако многие значимые переменные стресса включены в профессиональную должность до того, как конкретный человек будет на нее назначен. Выгорание является конечным результатом сложного баланса факторов (Firth-Cozens, 1994) окружения, в котором мы работаем, полученного образования, характеристик учреждения и личных моментов. Несколько предположительных механизмов развития выгорания подкрепляются кое-какими эмпирическими доказательствами. Описания этих механизмов выступают в виде каталога гипотез[…].

Культура и контекст, в которых мы занимаемся врачебной деятельностью, подчиняются процессу все возрастающего упадка и фрагментарности, свойственному обществу в целом. Больные имеют все меньший доступ к общественным и семейным ресурсам и предъявляют все более высокие требования к работе специалистов, ожидая помощи и изменений в своем положении. В то же время

специалисты оказались под неусыпным общественным вниманием. В целом оказывается, что существует общая тенденция – ожидания все больше и больше увеличиваются, в то время как ресурсы уменьшаются. Специалисты, работающие в системе здравоохранения, находятся в опасном положении, обладая все меньшей властью, одновременно становясь все более подотчетными. […].

Эти культуральные изменения могут находить свое отражение в сдвиге установок у наших младших коллег. Существует тенденция рассматривать медицину не столько как призвание, сколько как работу, что может привести к конфликту и диссонансу с преподавателями высших учебных заведений, рассчитывающих (или по меньшей мере надеющихся) на соответствующую степень преданности, которую обучающиеся в настоящее время считают неадекватной. Старшие врачи могут также проецировать свои утраченные идеалы на младших коллег, а потом нападать на них за то, что они не воплощают эти идеалы в жизнь. Врачи все в большей мере не желают принимать то, что некоторые из них ощущают как "отжившую и карательную систему карьер" (Policy Studies Institute, 1994). Происходит постепенный уход врачей из своей профессии; есть сообщения о том, что через 15 лет после приобретения специальности врача, четверть из них прекратили практическую работу (Hospital Doctor, 1995). В настоящее время существует много исследований, документально подтверждающих широко распространенную неудовлетворенность профессией и чувство сожаления в связи с выбором медицинской карьеры (Allen, 1988, 1992, 1993). […]

Вставка 1. Признаки и симптомы выгорания

Изменения в поведении *– врач часто смотрит на часы; усиливается его сопротивление выходу на работу; откладывает встречи с больными; часто опаздывает (поздно приходит и поздно уходит); утрачивает творческие подходы к решению проблем; работает усерднее и дольше, а достижения становятся меньше; уединяется и избегает коллег; присваивает собственность учреждения; увеличивает употребление меняющих настроение психоактивных веществ (включая кофеин и никотин); утрачивает способность удовлетворять свои потребности в развлечениях и восстановлении здоровья; подвержен несчастным случаям.*

Изменения в чувствах *– утрата чувства юмора или юмор висельника; постоянное чувство неудачи, вины и самообвинения; часто испытывает гнев, чувство обиды и горечи; повышенная раздражительность, проявляемая на работе и дома; ощущение как будто к нему придираются; чувство обескураженности и равнодушия; бессилие; снятие стресса, а не творческая деятельность.*

***Изменения в мышлении** – все более упорные мысли о том, чтобы оставить работу; не способен концентрировать внимание; ригидное мышление, сопротивляющееся изменениям; усиление подозрительности и недоверчивости; циничное, порицающее отношение к больным; негуманное отношение к больным, менталитет жертвы; озабоченность собственными потребностями и личным выживанием.*

***Изменения в здоровье** – нарушенный сон; частые, длительно текущие незначительные недуги; повышенная восприимчивость к инфекционным заболеваниям; утомляемость – усталость и истощение на протяжении целого дня; ускорение нарушений психического и соматического здоровья.*

Особенности образования

[…] мы продолжаем пренебрегать личностью врача. Нас много учат теории и практике медицины, но почти не учат тому, как заботиться о себе и справляться с неизбежными стрессами (Grainger, 1994). Педагоги, которые отошли от реальности клинической практики, имеют склонность утверждать, что все проблемы разрешимы, и не в состоянии готовить учащихся к неизбежным фрустрациям и неопределенностям ("шок реальностью"). Таким образом, студентам предлагают идеалистические, а не реалистические модели, которые в конечном счете не пригодны для работы. Древний образ " чудесного целителя" противоречит образу "мужественного медика" или делового практикующего врача. Возможно, скрытое представление о том, что стресс равнозначен слабости, неудаче, неадекватности, вызывает основанное на чувстве вины отрицание либо утаивание стресса и приводит к тому, что врачу трудно признаться, поделиться своими проблемами и разрешить их.

Профессиональные факторы

[…] В своем обзоре стрессов в медицинской профессии Британская Медицинская Ассоциация (1992) сделала вывод, что Национальное здравоохранение (National Health Service) во многих отношениях "совсем не в состоянии обеспечивать безопасную и поддерживающую окружающую среду для своего персонала". […].

Давно признано, что работа с определенными группами больных является дополнительным психотравмирующим фактором. К ним относятся люди старческого возраста, хронически или смертельно больные, пациенты, требующие интенсивного ухода, новорожденные, психически больные, лица, употребляющие психоактивные вещества, и пациенты с агрессивным и угрожающим поведением. Выгорание считают исключительно расстройством сверхпреданных и упрямых, а

эти группы больных в целом имеют ряд общих особенностей, которые притягивают преданных идеалистов; некоторые из этих пациентов менее податливы с точки зрения ясных и простых исходов заболевания и противопоставляют нас нашему бессилию и ограниченной способности противостоять страданиям; другие чрезмерно чувствительны к нашим ошибкам, в то время как остальные стремятся нарушить наши границы. Pines и Maslach (1978) обнаружили, что чем дольше персонал работает в психиатрических учреждениях, тем меньше им нравится работать с больными, тем в меньшей мере они ощущают себя успешно работающими и тем менее гуманна их позиция по отношению к душевнобольным.

Существует стойкая связь между выгоранием и профессиональными ролями, которые требуют идти на компромисс и лишены поддержки, ведут к перегрузке, неопределенности или конфликтам. Эта триада характерна для многих недостаточно управляемых мультидисциплинарных бригад.

Стили руководства, которые включают в себя обратную связь только негативного характера ("Я скажу тебе, если ты ошибешься"), имеют связь с высокой степенью выгорания в отличие от стиля, который предлагает позитивную обратную связь и поддерживает самоуправление (Duxburg et al, 1984). Существует важная параллель между чувством привязанности в семейной жизни и профессиональной практике, которые способствуют развитию уверенности в себе, доверия, компетентности и эмоциональной безопасности. Выгорание к тому же заразно, и подверженные стрессу руководители служат негативной моделью для своих подчиненных.

Личные факторы

[…] Возможны также личные факторы, которые делают индивида более уязвимым.

Склонная к стрессу (тип А), напористая, "стресс – зависимая" личность представляет собой хорошо известный стереотип, но интересно, что одна из моделей процесса выгорания (Edelwich, Brodsky, 1980) в качестве своей первой стадии имеет "идеалистический энтузиазм". Общепринятой является точка зрения, что именно оказывающий помощь и преданный человек является наиболее уязвимым; как говорится в поговорке "вы должны быть в огне, чтобы сгореть", и поэтому некоторые из наиболее успешно и плодотворно работающих имеют самый высокий риск выгорания. У них есть тенденция к идеалистическим, а не реалистическим ожиданиям, они становятся сверх-увлеченными своей работой и им трудно оторваться от нее. Они могут быть созависимыми и испытывать сильную потребность чувствовать себя необходимыми, значимыми, ценимыми и принятыми (Vincent ,1983), они также более подвержены

соблазну занять "позицию мастера" (Bennet,1987). Кроме того, заметно их стремление рвать связи с обычными знакомыми и родственниками, при общении с которыми могут проявиться их потребности и уязвимость. Поэтому они уединяются в своем маленьком мире, где много или большинство положительных эмоций они находят в своей профессиональной деятельности или учреждении, в котором работают. Их экзистенциальные потребности удовлетворяются через их профессиональную идентичность и поэтому профессиональные угрозы и стрессы они переживают как вызов фундаментальным надеждам, целям, смыслу и назначению (Pines,1993), что практически не компенсируется поддержкой со стороны.

У многих врачей нет никого, кроме супруги/супруга или партнера, с кем можно было бы поговорить о чем-нибудь личном. При этом они рискуют испортить личные взаимоотношения, внося профессиональные вопросы в дом и будучи не в состоянии выполнять другие обязанности и получать от этого удовольствие. Образ врача-родителя, который не способен отключаться от работы и не доступен для своих детей, остается трагическим стереотипом.

Наибольшее раскаяние, по утверждению большинства врачей, которых я знал или осматривал как специалист, вызывало то, что в жизни они придавали второстепенное значение выполнению обязательств, связанных с качеством взаимоотношений между врачом и ее/его супругом/супругой и детьми (Schwab,1995).

Предупреждение выгорания

Профилактика начинается с распознавания и понимания сути проблемы. Первый шаг в контроле за процессом выгорания – взять на себя ответственность за свое собственное переживание стресса и потом обязать себя изменяться. Мы должны гарантировать, что наши личные потребности удовлетворяются для того, чтобы у нас было что дать своим больным и коллегам. Однако нет общего согласия в отношении того, к каким мерам следует прибегать. Не существует простых или универсальных решений (Firth-Cozens, 1994). Важно принять вызов и постепенно рассматривать, что нам нужно и как приспособить методы "обуздания стресса" к нашей конкретной ситуации.

Если вас каким-то образом касаются эти трудности или вы стремитесь помочь кому-либо, кто их испытывает, вас может сдерживать ответственность за внесение каких-либо изменений в их жизнь. Люди, пораженные выгоранием, истощены и деморализованы, поэтому необходимо немедленно выделить время и пространство для восстановления энергии, прежде чем обсуждать, что послужило причиной нарушений, и составить план ответных мероприятий. Обращаться за помощью необходимо как можно раньше, а не тогда,

когда уже поздно. Если вы больны, не нужно притворяться здоровыми, следует обратиться к своему врачу, а не назначать себе лекарственные препараты самостоятельно. Нельзя не подчеркнуть, что посещение лекций и семинаров, а также чтение и беседы о выгорании не заменят каких-либо действий в этом направлении. Каждому из нас необходимо стать своим собственным высококвалифицированным специалистом по устранению стресса и научиться устанавливать или переустанавливать приоритеты и думать об изменении образа жизни, внося перемены в нашу повседневную рутину. Это может быть долгий, сложный и иногда дорогостоящий процесс. Последствия пренебрежения нашим профессиональным здоровьем обычно значительны.

Личные изменения

Принимая на себя ответственность за характер переживания стресса, вы начинаете обретать контроль над собой, и при этом душевно переходите из положения жертвы к состоянию уцелевшего. Если мы не проявляем инициативу в разработке своей собственной стратегии в отношении выгорания, может так случиться, что никто другой этого не сделает и ничего не изменится.

Мы можем начать с того, чтобы снова зажечь в себе установку на то, что наша работа может и должна доставлять удовольствие и возрождать нас (Baens,1992), развивать наши личные ресурсы, чтобы поддержать нас на рабочем месте. Развивая отношения с коллегой, наставником, доверенным лицом или психотерапевтом, важно отыскать "борца" и поддерживать эти взаимоотношения прежде, чем возникнет необходимость, поскольку у врачей, по-видимому, существует всеобщая тенденция уединяться в состоянии стресса. Участие в группе доверия и конфиденциальности и учеба у ее членов могут быть особенно эффективными в разрешении психотравмирующих вопросов, но, по-видимому, вездесущие "группы персонала" редко реализуют эту возможность. Развитие и поддержка творческих и практических интересов расширяет узкий круг наших профессиональных забот. Все врачи легко могут стать людьми, которые "имеют обыкновение..." (бегать, рисовать, танцевать или играть), но не имеют времени.

Когда спросили, "что бы вы хотели делать, если бы вы не занимались медицинской практикой?", врачи назвали ряд удивительных видов деятельности и проявили энтузиазм к такому роду труда, который большей частью не имеет ничего общего с оказанием помощи людям. Сложность состоит не в том, чтобы рассматривать их как альтернативы, а чтобы создавать условия для дополнения и стимулирования нашей работы. Нам необходимо заботиться о себе, мы все еще часто пренебрегаем даже самыми основными восстано-

вительными мерами – физической зарядкой, диетой, релаксацией и играми. В процессе проведения семинаров по выгоранию для врачей я узнал, что меньше, чем один из четырех (иногда никто) посещающих занятия удовлетворен тем, как он заботится о себе. Те, кто участвовал в этой группе, были склонны регулярно прибегать к духовным практикам, например медитации и молитвам.

И вот, в конце рабочего дня, проведенного в самых сокровенных уголках человеческих жизней, вероятно,- полезно применить что-то наподобие "метода декомпрессии", что-то тонизирующее, что помогло бы нам возвратиться к другой части нашей жизни и устранить "негативные осколки" (Kirkcaldy, Siefen, 1991), сохраняя соответствующие границы между работой и домом.

Сдвиг в медицинской культуре

В обществе существуют некоторые признаки общего сдвига в сторону признания и оценки уязвимости. […]

Существует легенда, возникшая на заре западной медицины о том, что врач-полубог Асклепий, чье учение вдохновляло и Гиппократа, и Галена, обучался искусству врачевания у кентавра по имени Харон, имеющего незаживающую рану, которая одновременно служила источником непрекращающегося страдания, мудрости и авторитета (Bennet,1987). Мы можем работать, чтобы содействовать этому сдвигу в медицинской культуре, основанной на отрицании собственных трудностей, в направлении к повторному открытию древней и достойной традиции раненого целителя (Nouwen, 1994).

Изменения в учебных программах

[…] Существует подающий надежду и интересный сдвиг в сторону личностно ориентированной подготовки врачей, возобновления акцента на развитии врача как личности и его способности формировать хорошие взаимоотношения с больными, как фундаменте для использования медицинских знаний и технических навыков в дальнейшем (Branch et al, 1991).

Многие врачи испытали на себе метод обучения, основанный на чувстве стыда, который вызывал у них ощущение неловкости и беспокойства в связи с осознанием своей неосведомленности о том, что происходит или что делать, но именно эти ситуации, если относиться к ним с любознательностью и исследовательским интересом, дают нам благоприятную возможность познать что-нибудь новое (Guze, 1979).

Я верю, что самым лучшим антидотом при таких отвратительных мыслях и чувствах, как фрустрация, гнев, цинизм, чувство неуверенности в себе перед лицом непрекращающегося страдания и неустранимой боли, которые действительно загрязняют нашу профессиональную атмосферу, должно быть развитие интеллектуальной

стороны медицинской практики, самообучение таким способом, чтобы все аспекты медицины, включая многие причины фрустрации и разочарования, становились стимулом для творческого, личностного и интеллектуального роста. […].

Организационные изменения

Aveline (1995) еще раз подчеркнула, что руководители, принимая на работу сотрудников, должны рассматривать персонал как свой наиболее ценный ресурс и очень заботиться о том, чтобы его сохранить. Предлагается много способов улучшения здоровья групп, в которых или с которыми мы работаем, чтобы они более действенно сохраняли свою преданность делу, моральные качества и творческий потенциал. […]

Оказание адекватной поддержки

Если стресс возникает тогда, когда требования превосходят имеющиеся ресурсы, из этого в конечном счете следует, что необходимо либо видоизменить требования, либо увеличить ресурсы. Мнение Caplan (1981) о том, что "Индивиды могут переносить значительный стресс без повышенного риска развития психического или соматического заболевания, если они получают адекватную поддержку", подкрепляется растущим количеством данных, демонстрирующих убедительную связь между эффективной социальной поддержкой и улучшением психического и соматического здоровья, которому может успешно содействовать образование безопасных привязанностей (Quick et al,1996).

На практике это означает уважение и принятие человеческой природы врача и такой его жизни за пределами работы, чтобы удовлетворялись собственные потребности наряду с потребностями больных. В результате, мы можем стать лучше и эффективнее работающими врачами.

Парадокс состоит в том, что способность врача отрицать свои эмоции может быть либо силой, когда он помогает другим справляться с серьезным заболеванием, либо его слабостью, когда необходимо справляться со своим собственным. На протяжении многих лет акцент всецело делался на первом. Только сейчас врачи осознают, что, в конце концов, обращаться к человеку в себе может быть не так уж и плохо (Richards, 1989).

Робертс Г.А. Профилактика выгорания // Обзор современной психиатрии . – Вып. 1. – 1998 // http://www.psyobsor.org/lists/n1.htm

Навчальне видання

Укладач:
Кошова Інна Вікторівна

ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІІТАЦІЇ

Хрестоматія

Технічний редактор – І. П. Борис
Комп'ютерна верстка та макетування – О. В. Борщ
Книга друкується в авторській редакції

Підписано до друку 11.07.17 р. Формат 60x848/16 Папір офсетний
Гарнітура ComputerModern Обл.-вид. арк. 17,06 Електронне видання
Замовлення № Ум. друк. арк. 17,67

Ніжинський державний університет
імені Миколи Гоголя.
м. Ніжин, вул. Воздвиженська, 3/4
(04631)7-19-72
E-mail: vidavn_ndu@ukr.net
www.ndu.edu.ua

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 2137 від 29.03.05 р.