

Министерство науки и высшего образования РФ
Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского
Факультет социальных наук



КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ, ОБРАЗОВАНИИ И СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ:

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОЙ РЕАЛЬНОСТИ

Сборник докладов
по материалам II Всероссийской межведомственной
научно-практической конференции

Нижний Новгород, 16 февраля 2023 г.

Нижний Новгород
2023

УДК 159.9

ББК 88+74

К49

Редакционная коллегия:

Т.В. Маркелова, д.психол. н., доцент;

Ж.А. Шуткина, к. пед. н., доцент;

Е.А. Бурова

К49

«Клиническая психология в здравоохранении, образовании и социальной сфере: психологическая помощь в условиях современной реальности»: Сборник докладов II Всероссийской межведомственной научно-практической конференции, Нижний Новгород, 16 февраля 2023 г. – Н. Новгород: ННГУ им. Н.И. Лобачевского, 2023. – 141 с.

ISBN

Сборник включает в себя доклады II Всероссийской межведомственной научно-практической конференции в области клинической психологии в здравоохранении, образовании и социальной сфере. Представленные материалы отражают широту научных интересов исследователей и специалистов России.

ISBN

ББК 88+74

УДК 159.9

© Нижегородский госуниверситет им. Н.И. Лобачевского, 2023

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Маркелова Т.В., Шуткина Ж.А.</i> Проблемы организации психологической помощи участникам военного конфликта и членам их семей	5
<i>Шевченко Ю.С.</i> Принципы интегративной семейно-групповой психотерапии	15
<i>Малыгин В.Л., Меркурьева Ю. А.</i> Интернет-зависимость у подростков. Биологические и психосоциальные предикторы формирования. Программы психологической коррекции	24
<i>Маркелова Т.В., Шуткина Ж.А., Мигунова Е.А.</i> Предикторы аутоагрессивного поведения у лиц юношеского возраста.....	31
<i>Шутова Н.В., Красильникова А.О.</i> Особенности переживания ситуации неопределенности у студентов разных специальностей	36
<i>Шутова Н.В., Курзюкова Ю.Ф.</i> Использование интерактивной техники «Форум-театр» как средства психологического здоровьесбережения студентов	43
<i>Кокоренко В.Л.</i> Метод серийных рисунков и рассказов И.М. Никольской в работе с детьми (на примере из опыта консультативной практики)	49
<i>Левицкая Ю.Л.</i> Изменение социальной ситуации развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья с помощью системы психолог-педагогического сопровождения семьи	59
<i>Семенова Л.Э.</i> Новые вызовы пандемии Covid-19: исследования российских психологов (краткий аналитический обзор)	69
<i>Семенова Л.Э., Крашенинников Р.А.</i> Психологическое благополучие и потребность в психологической помощи мужчин молодого возраста с различным проявлением мужской идентичности	77
<i>Семенова Л.Э., Семенова В.Э.</i> Устами ребенка: детская версия ковид-ситуации в гендерном измерении	87
<i>Пушина В.В.</i> Проективные рисуночные методики в практике клинического психолога	92
<i>Халак М.Е., Мазанова А.Е.</i> Психологическое сопровождение процесса реабилитации	100
<i>Халак М.Е., Мазанова А.Е., Самойлов Д.А.</i> Опыт дистанционного психологического сопровождения при аффективных и тревожных расстройствах	105

<i>Халак М.Е., Полинова О. П.</i> Особенности виктимной идентичности и типа копинг-стратегии женщин с разной молекулярной формой рака молочной железы	110
<i>Дякина Л.В.</i> Работа с эмоциональными состояниями детей в замещающих семьях в период адаптации с использованием ассоциативных метафорических карт и элементов сказкотерапии	117
<i>Дякина Н.В.</i> Проблемы диагностики диссоциативного расстройства личности. Переход на МКБ-11: новый взгляд на болезнь.....	122
<i>Урусова Е.А.</i> Появление темы близости и изоляции при обсуждении представлений подростков о семье: экзистенциальный ракурс проблемы	130
<i>Шадрукова Т.В.</i> Клинико-психологические особенности женщин с виктимностью	137

МАРКЕЛОВА ТАТЬЯНА ВЛАДИМИРОВНА,

доктор психологических наук, доцент,
markelova@fsn.unn.ru

ШУТКИНА ЖАННА АЛЕКСАНДРОВНА,

кандидат педагогических наук, доцент,
shutkina.zhanna@fsn.unn.ru

кафедра общей и социальной психологии,
ННГУ им. Н. И. Лобачевского, г. Нижний Новгород, РФ

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ УЧАСТНИКАМ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА И ЧЛЕНАМ ИХ СЕМЕЙ

Пленарный доклад

Вот уже больше года наша страна живет в условиях специальной военной операции (СВО). Родители, жены и дети с надеждой ждут возвращения своих близких из зоны боевых действий. Эффективная организация психологической помощи участникам СВО и членам их семей становится актуальной проблемой регионального уровня.

Военный конфликт – сильнейшая стрессогенная ситуация для всех его участников: военнослужащих, пострадавших, очевидцев и членов их семей. Человек смотрит в глаза смерти, непосредственно соприкасается с ней, применяя боевое оружие, становясь свидетелем гибели боевых товарищей, мирных жителей, стариков и детей. Это становится сильнейшим испытанием для психики. Находясь в ситуации витальной угрозы, участники боевых действий приобретают психотравмирующий опыт, который оказывает глубокое воздействие на все сферы жизнедеятельности человека, его физическое и психическое здоровье, межличностные и семейные отношения. Поэтому психологическая помощь необходима не только непосредственным участникам боевых действий, но и членам их семей. Проблема заключается в том, как организовать психологиче-

скую помощь в регионах, чтобы она была эффективной и постоянно востребованной.

Военнослужащие, вернувшиеся из зоны активных боевых действий, как правило, не осознают в ней потребности и категорически отказываются от контакта с психологом. Вот их примерные объяснения: «Зачем мне психолог, если я здоров? Тебе надо, ты и иди к психологу! Я вам не псих, я просто устал. Мне еще только не хватает, чтобы в голове моей копались! Сейчас я отдохну и приду в норму. Если будет хуже, схожу потом...» и др. Специалисты считают, что категорическое отрицание проблемы является косвенным диагностическим показателем ее наличия. Поэтому работа с мотивацией – это отдельный пласт организации психологической помощи, требующей такта и терпения. Оказание психологической помощи по принципу «Догнать и причинить добро!», нарушает главный постулат любой помощи – «Не навреди!».

При организации психологической помощи следует учитывать, что психика человека обладает уникальной способностью к самовосстановлению и подавляющее большинство участников боевых действий впоследствии самостоятельно реадaptируются к обычным условиям, восстанавливают прежние системы отношений. Данной категории военнослужащих, прежде всего, необходим высокий уровень социальной поддержки, включающий материальное обеспечение, переобучение, санаторно-курортное лечение, плановую медико-психологическую реабилитацию и т.д.

Педалирование темы про большое количество участников боевых действий, имеющих глубокие нарушения психики, которые со дня на день и в огромном количестве вернутся в мирные регионы, является, как минимум, не соответствующей действительности, порождающей панические настроения и другие негативные общественные явления.

Известный ученый, доктор психологических наук, кандидат медицинских наук, профессор М.М. Решетников 20 февраля 2023 года в своем докладе «Внешние факторы неэффективности психологической реабилитации комбатантов» на тематическом заседании в Государственной Думе опроверг истерику, нагнетаемую в широкой печати по поводу возможного количества посттравма-

тических стрессовых расстройств и привел следующие данные (интернет-издание «Психологическая газета», <https://psy.su/feed/11011>). На поведенческом уровне признаки психической травмы проявляют 3,2% участников боевых действий. При этом у 2% через 2-3 года эти поведенческие реакции постепенно нормализуются, а у 1,2% от общего числа подвергнутых психической травме формируется посттравматическое стрессовое расстройство, требующее специализированной психолого-психиатрической помощи.

В регионах не так много специалистов, подготовленных к работе с боевой психологической травмой. Психологи социальных центров и школьные психологи не обладают соответствующими компетенциями и опытом подобной работы, у них иной профессиональный менталитет, поэтому они не подходят для выполнения этих задач. Это задача, прежде всего, для клинических психологов, которые совместно с психотерапевтами и психиатрами способны работать с депрессиями, расстройствами психотического спектра, алкогольной и наркотической зависимостями, суицидальным поведением и т.д.

Поскольку большинство принимающих решения понимают значение психологической помощи участникам СВО и считают ее организацию важнейшей задачей, появляется искушение организовать психологическую помощь масштабно, иногда «дорого и богато», желательно с освещением в СМИ, а иногда бескорыстно, от всей души, но без учета ограниченности профессиональных и личностных возможностей психологов и реальных потребностей участников военного конфликта. При организации помощи, прежде всего, необходимо учитывать реальные возможности психологов-практиков в регионах.

Кроме этого необходимо учитывать, что в последнее время в России начала формироваться культура обращения к психологу и иметь личного психотерапевта стало престижным, модным. В ответ на возросший спрос в сфере психологических услуг появилось большое количество предложений, в том числе от непрофессионалов: людей, не имеющих должного уровня профессиональной подготовки, вообще не имеющих образования в сфере психологии или студентов 1-2 курсов психологических специально-

стей. Психологическое сообщество с нетерпением ждет принятия закона о психологической помощи, призванного поставить заслон непрофессионализму в области практической психологии, его проект находится в стадии доработки после активного обсуждения на заседании соответствующего комитета Госдумы РФ.

Учитывая особенности военно-политической ситуации в мире, судя по всему, нас ждет затяжной военный конфликт, нам противостоят отъявленные головорезы, которые не остановятся ни перед чем. Поэтому граждане страны должны быть хорошо подготовлены к правильным действиям в чрезвычайных ситуациях. Психологическая подготовленность человека обеспечивает устойчивость психики к стрессогенным факторам, в том числе жизнеугрожающего характера и в значительной степени снижает негативные последствия экстремальных ситуаций. Это говорит о том, что в каждом регионе необходима заблаговременная организация подготовки населения к оказанию психологической помощи на разных уровнях: допрофессиональном, экстренном и квалифицированном.

На уровне допрофессиональной психологической помощи необходимо массовое обучение населения оказанию первичной психологической помощи в экстремальных ситуациях как техногенного (землетрясения и др.), так и рукотворного характера (теракты и др.). Существуют специальные психологические приемы и алгоритмы действий, которые практически любой гражданин с сохранным интеллектом может освоить и применить в случае необходимости. Этим он спасет не только психологическое здоровье других, но и свое собственное, а может быть, и жизнь. Как можно больше людей должны знать правила оказания допрофессиональной психологической помощи в чрезвычайных ситуациях и уметь ими пользоваться во благо себя и других. Поэтому необходимо своевременно организовать обучение населения оказанию допрофессиональной психологической помощи по примеру образовательной программы «Тактическая медицина», которую успешно реализует ННГУ им. Н.И. Лобачевского.

На уровне оказания экстренной психологической помощи к обучению целесообразно привлечь большинство профессиональных психологов. Оказание экстренной психологической помощи

пострадавшим в ЧС является одним из условий повышения выживаемости и снижения последствий психологической травмы при большом количестве пострадавших. Психологи с базовым психологическим образованием имеют глубокую профессиональную подготовку, но зачастую их специализация не связана с экстремальной психологией, у них не было подобного опыта. А реальная ситуация говорит о том, что обучение этим навыкам жизненно необходимо.

И, наконец, обучение на уровне оказания квалифицированной психологической помощи, связано с повышением квалификации психологов, готовых профессионально работать с боевой психологической травмой, затяжными депрессиями, психозами и другими проявлениями ПТСР.

Отдельного внимания требует подготовка психологов к работе с военнослужащими, получившими увечья и ставшими инвалидами. Кроме оказания психологической помощи на этапе первичной адаптации к частичной утрате возможностей здоровья психологи должны владеть навыками семейного консультирования для работы по формированию психологически здоровых семейных отношений. Кроме этого военнослужащие данной категории крайне нуждаются в психологическом сопровождении на этапе социализации, от психолога потребуются умения работать с актуализацией личностных ресурсов для дальнейшей самореализации участников боевых действий.

Данные специалисты должны владеть передовыми методиками скрининга актуального состояния пострадавших, современными психологическими технологиями и методами психотерапии, эффективными в работе именно с боевой психологической травмой. Кроме этого профессиональные психологи должны владеть культурой супервизии и профилактики собственного эмоционального выгорания. Количество этих специалистов не может быть огромным, но они должны быть доступны всем нуждающимся и качество их подготовки должно быть безупречным.

Приоритетным в плане профилактики психотравматизации участников СВО является проблема формирования заблаговременной устойчивости участников боевых действий. Перед отправкой на передовую военнослужащие проходят подготовку,

включающую самые необходимые умения по военно-учетной специальности и морально-психологической готовности. Обеспечение морально-психологической подготовки на этом этапе находится в прямой компетенции Министерства обороны РФ.

Своевременным является решение возродить подготовку офицеров запаса в гражданских вузах по военно-учетной специальности «Психологическая работа» из числа студентов психологического направления. Единая направленность гражданской и военно-учетной специальности, их взаимодополняемость и усиление, делают таких специалистов высококлассными, конкурентно-способными и востребованными. Именно они в период военных конфликтов будут призваны в ряды ВС РФ и будут обеспечивать необходимый уровень мобилизованности психики военнослужащих для успешного выполнения боевых задач, формирование заблаговременной устойчивости участников боевых действий к экстремальным факторам, предуготовленность и защиту психики военнослужащих от психотравмирующего воздействия.

На подготовку граждан к военной службе направлена система военно-патриотического воспитания, в регионах реализуются различные формы ее реализации: от уроков патриотизма до массовых акций и флешмобов. На территории России успешно работают различные военно-патриотические молодежные и детские объединения. В некоторых из них организована психологическая подготовка. Примером является Нижегородский военно-патриотический лагерь «Хочу стать десантником», который с 2006 года принимает школьников от 10 до 17 лет. В режиме специально организованного обучения ребята готовятся к прыжкам с парашюта, психологи обучают их приемам саморегуляции, сопротивлению страху и панике, управлению ситуацией. Возможно, среди участников СВО есть и эти ребята...

Прибывшие из зоны активных боевых действий в краткосрочный отпуск или демобилизованные военнослужащие испытывают чрезвычайную психическую и физическую усталость. Многие из них находятся в нестабильном психическом состоянии, испытывают либо подавленность, либо проявляют агрессивность. В этом случае их жены и дети страдают от деструктивного поведения

близких людей. Как правило, обращение за психологической помощью происходит после каких-либо негативных событий в семье, после которых по настоянию жены в их жизни появляется психолог. Наша задача сделать так, чтобы это случилось как можно раньше. Для этого необходимо своевременно и доступно довести информацию до нуждающихся в психологической помощи лиц, их семей и родственников, используя современные каналы обмена информацией: мессенджеры, ТВ и другие средства массовой коммуникации. Наверняка в регионе каждая семья участников СВО находится в сфере повышенного внимания со стороны социальных и иных служб. Социальные работники, медицинский персонал, сотрудники военкоматов могут первыми сообщить о возможностях психологической помощи и передать текстовое сообщение, листовку с краткой информацией об этом.

Информация с предложением психологической помощи должна соответствовать ряду критериев: быть краткой, информативной, иметь доступный и понятный для всех язык. Одним из первых условий принятия психологической помощи является принцип конфиденциальности ее оказания. Опыт последних месяцев СВО показывает, что организованный в зоне активных боевых действий телефон доверия не принес желаемого результата, звонков оказалось ничтожно мало, к психологам воинских частей также практически никто не обращается. Причина заключается в недоверии психологу, опасение, что глубоко интимная информация станет достоянием командиров, сослуживцев и может быть использована не в интересах военнослужащего. Это означает, что ни о какой записи личных данных, ведения статистического учета или передачи сведений «по команде» речь идти не может! Об этом надо прямо заявить в информационном листке и самое главное непременно выполнять это условие.

В информационном листке следует описать маркеры, по наличию которых сам человек или члены его семьи могут сделать вывод о необходимости обращения за психологической помощью. Поведенческие признаки психической травматизации колеблются от подавленности до агрессии. Перечислим основные признаки, на которые должны обратить внимание и обратиться за психологической помощью:

- Отсутствие желания участвовать в повседневной жизни семьи.
- Замкнутость, скрытность и озабоченность.
- Отсутствие желания общаться с привычным кругом друзей.
- Появились непроизвольные подергивания или движения.
- Нарушен нормальный сон.
- Проявления раздраженности, агрессивности, озлобленности.
- Злоупотребление алкоголем или химическими веществами.
- Навязчивое переживание травматических событий с чувством вины перед погибшими.
- Присутствие суицидальных мыслей.

Одним из главных условий эффективности психологической помощи участникам СВО и членам их семей является одобрение и моральная поддержка со стороны населения. Специальная военная операция – это очередной сложный и ответственный период в истории нашей страны, вызывающий в обществе достаточно высокий градус психологической напряженности. Вместе с тем общий уровень эмоционального напряжения и тревоги в данный момент менее выражен, чем вначале СВО. Год назад в обществе наблюдались признаки стрессового и панического поведения, вызванного чувствами опасности, неопределенности и неуверенности в завтрашнем дне. Сейчас ситуация иная, приходит постепенное понимание того, что специальная военная операция решает совершенно ясную экзистенциальную задачу по защите наших ценностей и смыслов, сохранению народа и государства на карте мира. Вместе с осознанием этого приходит принятие происходящего, появляется уверенность в завтрашнем дне. Это говорит не только об адаптации людей к условиям современной реальности, понимании того, что так, как было раньше, уже не будет, но и начале духовно-нравственного выздоровления нашего общества, исцеления от «квалифицированного потребительства», личностного и общественного инфантилизма. За последнее время значительно выросло количество людей с активной гражданской позицией, вовлеченных в различные волонтерские движения патрио-

тической направленности, оказывающих добровольную помощь участникам СВО, переселенцам, пострадавшим и нуждающимся.

Постепенно возвращается в наш активный словарь понятие «воспитание». Воспитательная работа военно-патриотической и гражданской направленности реализуется в детских садах, школах и вузах. Возложение цветов к памятникам павшим героям является самым малым из того, что мы можем сделать для выражения своего отношения к подвигам соотечественников.

Чувство глубокой признательности, благодарности и уважения к защитникам Родины со стороны населения является одной из самых значимых задач среди всех видов помощи участникам и ветеранам боевых действий. Надо сделать все, чтобы никто из них никогда не услышал: «А мы вас туда не посылали!», как это часто случалась с участниками афганской войны.... Недавно принят закон об ответственности за дискредитацию участников СВО, предполагающий суровое и неотвратимое наказание за его нарушение.

В этом состоит духовно-нравственная поддержка участников СВО, она наполняет травматические события их жизни личностным смыслом, помогает с достоинством преодолевать испытания, препятствует негативному сценарию развития последствий для психологического здоровья.

Таким образом, при организации психологической помощи участникам СВО, прежде всего, надо избежать непрофессионализма, чтобы благое дело не превратилось в пиар-кампанию. Во-вторых, обучение оказанию психологической помощи должно быть рассмотрено более широко и системно. В-третьих, должна быть усилена работа по формированию заблаговременной устойчивости военнослужащих к экстремальным факторам, которая обеспечивает предуготовленность и защиту психики участников боевых действий от психотравмирующего воздействия. В-четвертых, информация о возможностях получения конфиденциальной психологической помощи должна быть доступной, краткой и простой по форме: где, когда и по каким проблемам вас очень ждут психологи. В-пятых, участникам специальной военной операции и членам их семей крайне необходима духовно-нравственная поддержка, которая обеспечивается активной граж-

данской позицией, высоким уровнем патриотизма и чувством глубокой признательности и уважения населения к защитникам Отечества.

Профессионализм, системность, превентивность, конфиденциальность, доступность и духовно-нравственная основа являются залогом успешности и эффективности оказания психологической помощи.

ШЕВЧЕНКО ЮРИЙ СТЕПАНОВИЧ,

доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой детской психиатрии и психотерапии
Российской медицинской академии последипломного образования,
г. Москва
E-mail: europsy@mail.ru

**ПРИНЦИПЫ ИНТЕГРАТИВНОЙ
СЕМЕЙНО-ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ
(МЕТОДИКА ИНТЭКС)**

Аннотация. Разработанная в рамках интегративной концепции «Онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии» (Шевченко Ю.С., 1995-2022) методика краткосрочной (8-ми дневной) интенсивно-экспрессивной психотерапии и психокоррекции (ИНТЭКС) на протяжении более 30 лет успешно применяется в службе детского психического здоровья. Её эффективность подтверждена в отношении детей (начиная со старшего дошкольного возраста) и подростков с различной «пограничной патологией». Более того, поскольку идеологически методика ИНТЭКС ориентируется не на конкретную клиническую модель, а на закономерности психического онтогенеза с его «сенситивными периодами развития» (возвращение к которым осуществляют техники «позитивного регресса»), и «зонами ближайшего развития» (овладение которыми предполагает «психозелевацию» с помощью значимых близких), она оказалась востребованной и вне собственно психиатрической парадигмы (приемные дети, дети-сироты в детских домах и «детских деревнях», трудновоспитуемые подростки в пенитенциарных учреждениях, дети-инвалиды в соматических реабилитационных центрах) и даже в учреждениях для одаренных детей.

Первичную психопрофилактическую направленность методика ИНТЭКС приобретает в отношении дошкольников и их родителей (за полгода до поступления в школу), а также младших школьников (за полгода до окончания 4-го класса). Психический онтогенез продолжается всю жизнь, поэтому данная методика (с соответствующей корректировкой) применима в любом возрасте. Она положительно зарекомендовала себя в работе с профессиональными спортсменами (рядом с которыми вместо родителей сидели члены тренерского состава), поскольку активно помогала становлению и сплочению коллектива.

Ключевые слова: онтогенез, дизонтогенез, интегративная психотерапия, этология, инициация.

Мы разделяем мнение о том, что детско-подростковый психотерапевт – Мы полностью разделяем мнение ведущих детских психотерапевтов о том, что детский и подростковый психотерапевт всегда психотерапевт системный, семейный, групповой [6,7,8]. Учитывая это, разработанная нами в рамках концепции «Онтогенетически ориентированной (реконструктивно_кондуктивной) психотерапии и психокоррекции» [10] практическая методика интенсивно-экспрессивной психотерапии и психокоррекции (ИНТЭКС) представляет собой девятидневный (включая «0-й день», под которым подразумевается весь период предварительной диагностики) цикл эмоционально-стрессового воздействия на группу детей и их родителей с целью ликвидации нервно-психических отклонений, а также обеспечения их первичной и вторичной профилактики. Основным принципом, отражающим онтогенетическую сущность данной методики, является **принцип «радостного взросления»** [11].

Методика ИНТЭКС проводится с одновозрастной группой пациентов, объединенных по принципу общности болезненных нарушений (неврозы, заикание, психосоматические расстройства, поведенческие девиации и т.п.), либо личностных проблем. Специфика методики (3 – 5-ти часовые занятия, большая численность группы детей и родителей, многообразие психокоррекционных задач, а также используемых приемов психологического воздействия), обуславливает проведение ее двумя котерапевтами. В качестве котерапевтов могут выступать психотерапевт и логопед, психотерапевт и психолог, специалист – психокорректор и музыкотерапевт и т. д.*

* При работе с контингентами детских домов в роли “родителей” выступали воспитатели наших пациентов, что весьма благотворно влияло на их последующие взаимоотношения. В работе со взрослыми вместо родителей в групповой психотерапии участвовали их жены, мужья, невесты, женихи.

Основными принципами методики ИНТЭКС являются следующие:

1) привлечение к психотерапевтическому процессу всей семьи и обязательное активное участие в групповых занятиях как минимум одного ближайшего родственника;

(Конкретными примерами реализации данного принципа в методике ИНТЭКС являются такие приемы, как “Семейный герб”, “Домашняя бухгалтерия”, “Рисунок глаз”, “Родительский массаж”, “Материнский гипноз”, “Родительские профессии”, “Неоконченные рассказы”)

2) наглядно-чувственная диагностика проблем пациента для него самого и его близких с целью повышения собственной ответственности за их решение;

(Проблемные игры на вербальное и невербальное общение, преодоление физического и социального страха, на умение командовать, излагать свои мысли, рассуждать и делать выводы из полученного опыта, игры на эрудицию и умение соблюдать правила)

3) эмоционально-стрессовый характер лечебного процесса, во время которого порой небезболезненное обнажение и максимальная экспрессивность психотравмирующих конфликтов перекрывается событиями, насыщающими жизнь пациента ощущением праздника, подвига, творческого горения;

(Проблемные и конфликтные ситуации, игры на выигрыш и проигрыш, прием “горячий стул”, “общественная характеристика”, коллективное обсуждение деструктивного поведения, “клоунада”, “вечер юмора”, система “подвигов”, заключительный сеанс эмоционально-стрессового внушения)

4) равноправие и партнерство всех участников группы независимо от возраста, трансформирующие группу в единый, гуманистически направленный коллектив;

(Работа в общем круге, “мозговая атака” в деловой игре, совместное преодоление препятствий, взаимные советы, реализация принципа “Один за всех и все за одного”)

5) постоянная обратная связь котерапевтов и членов группы в форме дискуссий, диалогов и ежедневных письменных отчетов;

(Окончание каждой “тест-игры” обсуждением того, кто что чувствовал, что думал и чему научился, прием “письмо другу”, называние своих чувств в процессе разыгрывания “типичной конфликтной ситуации”)

6) сочетание группового характера лечебного процесса с индивидуализацией его задач в соответствии с клинической, социально-психологической и педагогической диагностикой каждого пациента-клиента;

(Прицельное распределение ролей в “говорящей пантомиме”, индивидуальная “маска страха”, персональная “лестница проблем”, “смешной случай из жизни”)

7) единство вербальных и невербальных форм экспрессии и взаимодействия;

(Режим молчания, игра “инопланетяне”, «отгадывание мыслей», тест-игра «минное поле», прием “назвал – увидел – показал”)

8) взаимопроникновение лечебных, воспитательных, обучающих и рефлексивно-аналитических приемов психотерапии и психокоррекции, направленных как на патогенетические механизмы нарушений (включая их психогенные, энцефалопатические и дизонтогенетические звенья), так и на отдельные симптомы болезни и личностной аномалии;

(Проективные рисунки, рисунки “мой самый счастливый и самый грустный день”, “автопортрет”, психодраматические приемы, аутогенная тренировка, гипноз, приемы нейролингвистического программирования, символдрамы, проводимой в парах родитель-ребенок, бихевиоральные подходы, коррекция внимания, памяти, импульсивности в процессе психогимнастических этюдов)

9) сочетание интимно-эмпатических, директивно-манипулятивных, недирективно-демократических и возвышающе-вдохновляющих форм поведения котерапевтов;

(Естественность поведения котерапевтов, система поощрений, наказаний, принуждений и вдохновлений, называние полного имени при обращении к детям, открытое выражение сочувствия, понимания и принятия пациентов такими, какие они есть и дистанцирование отношения к личности от отношения к девиант-

ному поведению, оценка не конечного результата, а отношения к труду, сочетание “мужского” и “женского” стиля реагирования)

10) активное самопознание через познание других с целью коррекции самооценки и оптимизации процесса саморегуляции;

(Дискуссия о значении имен, рассказ о знаменитом тезке, незаконченные рассказы, совершение “личных подвигов”, приемы “сплетники”, “портрет группы”, “предвыборная кампания”, обучение активному слушанию и «Я – высказываниям», озвучивание личных отчетов)

11) системный подход к проблемам пациента и его семьи;

(Обучение родителей основам транзактного анализа, формирование творческого подхода к воспитанию, приемы “10 лет спустя”, “знаки Зодиака”, дискуссии на “родительском педсовете”, обучение бихевиоральному моделированию поведения, а также “разделению проблем и передаче ответственности”, помощь в решении индивидуальных психологических, психиатрических и психосоматических проблем родителей)

12) достижение инсайта через позитивный регресс и интенсивное освоение функционально-личностной зоны ближайшего развития, психоэлевацию;

(Осмысление получаемого опыта реализации потребностей, гармонизации социальных связей и отношений, оптимизации поведения на наглядно-действенном, конкретно-образном и абстрактно-логическом уровнях, реализуемое в непосредственных поступках, сенсорно-визуальных образах и вербальных высказываниях – рисунок проблемы, «горячий стул»)

13) организация терапевтической сессии в соответствии с традиционными этолого-культуральными обрядами инициации.*

(Кульминацией процесса личностного роста с символическим избавлением от всего больного и незрелого, слиянием с идеальным образом и публичной демонстрацией нового, здорового и социально элевированного “Я” “является заключительный сеанс методики: “транс”, “операция”, “громкие личные подвиги” на глазах большой аудитории – аналога общины, семейная клятва, торжественное декламирование стихотворения с жизнеутверждающим содержанием, прощальное напутствие).

14) сохранение и развитие лечебно-коррекционного эффекта после окончания психотерапевтической сессии за счет продолжения применения родителями освоенных воспитательно-психологических технологий, а также реализации рекомендаций, основанных на диагностике, уточненной в процессе наблюдения за детьми в ситуации естественного эксперимента социального взаимодействия в группе.

(Рисунок идеального образа и фотографию, запечатлившую момент совершения «громкого личного подвига» на заключительном сеансе рекомендуется повесить над кроватью пациента; герб семьи, который окончательно оформляется после терапевтической сессии и вывешивается в месте, где обычно собирается вся семья (обычно в столовой), рекомендуется через некоторое время переделать в соответствии с количественными или качественными изменениями в семейной иерархии; отчеты по терапевтическим дням возвращаются каждой семье в общей папке для периодического совместного просматривания с последующим повторением некоторых упражнений; свечи, принесенные с заключительного сеанса на котором над их пламенем каждый давал обещание, относящееся к его личностному росту, рекомендуется хранить с тем, чтобы любой в трудную минуту мог молча зажечь свою свечу в качестве призыва о помощи, обращенного к другим членам семьи; родители реализуют персональные рекомендации по воспитанию, данные на основе уточненной во время занятий диагностики ребенка и семьи (уменьшить учебную нагрузку, дезактуализировать оценочный мотив, выяснить отношение с учителями в школе и воспитателями, создать условия для сближения ребенка с социально положительными сверстниками и изолирования от асоциальных влияний, устроить в секцию командно-игрового или экстремального вида спорта, организовать поездку с отцом в командировку или устроить коллективный поход с обеспечением пребывания мальчика в мужском обществе и проч.); программа бихевиоральной регуляции поведения (включая технологии «контрактов», передачи ответственности и создания «жизненных сценариев»), начатая во время сессии в соответствии с индивидуальной «лестницей проблем», продолжает осуществляться в последующем самими родителями, либо под

20

контолем психотерапевта; это же относится к освоенным во время курса Интэкса приемам родительского массажа и материнского гипноза).

*Программа методики ИНТЭКС воссоздает в трансформированном и рафинированном виде ключевые моменты подготовки и осуществления сложного обряда инициации (посвящения в новый, более высокий социально-психологический ранг), существующий в любой традиционной культуре и изобилующий чувственными агрессивно-героическими испытаниями (смена стереотипов, парциальная изоляция, система табу, тотемическая имитация, символическая смерть всего плохого и “детского” и второе рождение в зрелом, здоровом, умудренном качестве, слияние с возвышенным идеальным образом, открывающим перспективы духовного роста и т.п.). Данная методика служит альтернативой беспорядочному инстинктивному поиску способов удовлетворения онтогенетически обусловленной потребности в инициации.

Многолетнее использование методики (впервые опубликованной в 1995 году) как в ее клиническом варианте с больными психиатрического и психоневрологического профиля, так и в психологическом, коррекционно-педагогическом и социально-реабилитационном оформлении (дети со школьной и социальной дезадаптацией, сироты, инвалиды, представители группы “риска“, а также практически здоровые дети, подростки и взрослые в “критические“ возрастные периоды, профессиональные спортсмены) показало эффективность и “открытость” данной организационно-методической формы для интеграции самых различных психотерапевтических и психокоррекционных направлений.

Динамическое наблюдение в процессе семейно-групповых коммуникаций и данные самоотчетов дополняли критерии выбора преимущественного методического подхода, рекомендуемого для поддерживающей и углубленной индивидуальной или семейной психотерапии, логопедической или нейропсихологической коррекции тех пациентов, которые в этом нуждались после окончания лечебной сессии.

В тоже время, 5-ти летний катамнез 500 пациентов, прошедших однократный курс ИНТЭКС-терапии в возрасте 5-22 лет по поводу различных нервно-психических расстройств пограничного уровня, показал, что более 50% из них не нуждалось более в какой-либо активной психотерапевтической помощи. В частности, изучение невербально-вербальных компонентов общения и речи бывших пациентов, прошедших терапию с помощью данной методики по поводу заикания в дошкольном и младшем школьном возрасте, показало, что через пять лет 98% из них общались активно в полном объеме своих потребностей по всем параметрам [3].

В качестве базисной патогенетической психотерапии методика ИНТЭКС с успехом применяется при лечении детей и подростков с психосоматическими расстройствами и патологическими привычными действиями [1,2], элективным мутизмом [4,9], общими и системными неврозами, задержками психического развития, девиантным поведением, эмоциональными расстройствами [5]. Как эффективный способ психопрофилактики школьной дезадаптации методика ИНТЭКС показана детям за полгода до поступления в первый класс и перехода из начальной школы в среднюю.

Как видим, теория психического онтогенеза, отражающая закономерности нормального развития, и концепция психического дизонтогенеза, констатирующая широкую представленность проявлений нарушенного развития и созревания психических свойств, функций и личности в структуре нервно-психических расстройств у детей и подростков (а также присутствующих в патологии любого возраста), могут служить перспективной методологической основой для разработки неэклетических моделей интегративной психотерапии и психокоррекции.

Практическое руководство по проведению интенсивно-экспрессивной семейно-групповой психотерапии в последней редакции подробно представлено в коллективной монографии 2018 года [12], а очно пройти обучающий цикл по методике ИНТЭКС можно на кафедре детской психиатрии и психотерапии РМАНПО.

Список литературы

1. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. М.: Изд-во Института Психотерапии, 1999.- 304 с.
2. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами.- СПб.: Речь, 2002.- 560 с.
3. Добридень В.П. Система психокоррекционной работы с заикающимися детьми старшего дошкольного и младшего школьного возраста. Автореферат диссертации кандидата педагогических наук. М., 1999. 18 с.
4. Добридень И.В. Психолого-педагогическая коррекция элективного мутизма у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Автореферат диссертации кандидата педагогических наук. М., 2000. 19 с.
5. Корнеева В.А., Шевченко Ю.С. Нейропсихологическая коррекция пограничных состояний у детей и подростков (теория и практика). М., ИД «ТАКТ».- 2010.-154 с.
6. Психотерапия детей и подростков. 2-е изд. / Под ред. Ф. Кендалла.- СПб.: Питер, 2002.- 432 с.
7. Ремшмидт Х. (редактор). Психотерапия детей и подростков: Пер. с нем. – М.: Мир, 2000. – 636 с.
8. Смид Р. Групповая работа с детьми и подростками / Пер. С. англ.; – М.: Генезис, 1999.- 272 с.
9. Шевченко Ю.С., Кириллина Н.К., Захаров Н.П. Элективный мутизм. Красноречивое молчание: клиника, диагностика, терапия, психологическая коррекция.- СПб.: Речь, 2007.- 336 с.
10. Шевченко Ю.С. Концепция интегративной онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии. «Клиническая психология в здравоохранении, образовании и социальной сфере: онтогенетически ориентированные подходы»: Сборник докладов Всероссийской межведомственной научно-практической конференции, Нижний Новгород, 17 февраля 2022 г. – Н. Новгород: ННГУ им. Н.И. Лобачевского, 2022. – с. 4-40.
11. Шевченко Ю.С., Добридень В.П. Радостное взросление: личностный рост ребенка (Методика ИНТЭКС).- СПб.: Речь, 2004.- 202 с.
12. Клиническая психотерапия: инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели / Под ред. Ю.С. Шевченко. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2018.- 504.

УДК 616.89-008.48(075.8)

МАЛЫГИН ВЛАДИМИР ЛЕОНИДОВИЧ

доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой
психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России,

г. Москва

malyginvl@yandex.ru

МЕРКУРЬЕВА ЮЛИЯ АЛЕКСАНДРОВНА

кандидат медицинских наук, преподаватель кафедры
психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России,

г. Москва

juliamercurieva@gmail.com

**ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ У ПОДРОСТКОВ.
БИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ
ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ.
ПРОГРАММЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ**

Аннотация. Рассмотрены основные теоретические модели формирования интернет-зависимости, приведены данные эмпирического исследования ведущих факторов формирования интернет-зависимости, выделены две группы зависимых с преобладанием биологического и психологического факторов формирования интернет-аддикции.

Ключевые слова: подростки, предикторы формирования интернет-зависимости, нейропсихологические нарушения.

Введение. Формирование интернет-зависимости имеет многофакторный генез. Среди основных моделей возникновения данного расстройства выделяют: когнитивно-бихевиоральную модель [4, с. 187–195], модель цикличной активности Грохола [6], теорию дефицита социальных навыков Каплана [2, с. 553–575.] социо-культуральную модель [11, с 133–142], нарушение контроля импульсивности Шапира [10, с. 267–272]. Из всех представленных моделей более комплексной и целостной является биопсихосоциальная модель формирования интернет-зависимости [5], [7, с. 278–296], [9, с. 260–266], [1, с. 142–163]. Наиболее

распространённым направлением коррекции интернет-зависимости является когнитивно-бихевиоральное, предложенное К. Янг. Однако его результаты все еще недостаточно проанализированы и во многом неоднородны [12, с. 1-7]. Так, мета-анализ, проведенный в 2017 году, показал, что когнитивно-бихевиоральная терапия может значительно снизить выраженность интернет-зависимости и психопатологические симптомы [8, с1470] (Liu, J., 2017). Однако, другой мета-анализ эффективности терапии среди подростков в Южной Корее показал, что когнитивно-бихевиоральная терапия менее эффективна по сравнению с интегративной терапией [3, С. 225–231] (Chun, J.S., 2017). Проведенное нами ранее исследование (Малыгин В.Л., Меркурьева Ю.А. [1, с. 142—163], показало, что необходим дифференцированный подход к психологической коррекции интернет-зависимости у подростков, учитывающий различия в механизмах ее формирования.

Материал и методы исследования. Всего обследовано 1108 подростков в возрасте 14-17 лет. Для выявления подростков с расстройством привычек и влечений в форме интернет-зависимости было использовано два критерия: суммарный балл интернет-зависимости по опроснику «Шкала интернет-зависимого поведения (Chen Internet Addictionscale, CIAS)» в адаптации В.Л. Малыгина, К.А. Феклисова (2011); данные клинико-психологического интервью. в экспериментальную группу (n=117) вошли подростки с показателем от 65 баллов и более по методике «Шкала интернет-зависимого поведения CIAS» и наличием признаков интернет-зависимости по данным клинико-психологического интервью. В контрольную группу вошли подростки с показателем 31–41 балл по методике «Шкала интернет-зависимого поведения CIAS», отсутствием признаков интернет-зависимости по данным клинико-психологического интервью (n=120). Психодиагностические методики: «Шкала интернет-зависимого поведения (Chen Internet Addictionscale, CIAS)» в адаптации В.Л. Малыгина, К.А. Феклисова (2011), патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) А.Е. Личко, в модификации С.И. Подмазина и Е.И. Сибиль (МПДО, 1996), методика диагностики эмоционального интеллекта (MSCEIT), адап-

тация Е.А. Сергиенко, И.И. Ветрова (2010), адаптированное нейропсихологическое исследование для подростков «Нейропсихологическая методика экспресс-диагностики «Лурия-90»» Э.Г. Симерницкая (1991), методика диагностики социально-психологической адаптации Роджерс-Даймонд, в адаптации А.К. Осницкого (2004), опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) в адаптации Н.В. Тарабриной (2001). Для оценки эффективности разработанной дифференцированной программы коррекции интернет зависимости у подростков экспериментальная группа (n=90) путем рандомизации была поделена на три, по 30 человек в каждой. В группе 1 проводилась психокоррекционная программа №1 – с применением нейропсихологической коррекции, и включающая также развитие телесности, эмоциональной компетентности, коммуникативных навыков, навыков тайм-менеджмента. В группе 2 была реализована психокоррекционная программа №2 – дублирующая все блоки программы № 1 кроме нейропсихологической коррекции. Группа 3 (контрольная) посещала психообразовательные лекции. Для оценки результативности проведенных программ проведены два этапа контрольного измерения показателей по шкале Чен, опроснику социальной адаптации Роджерса – Даймонд, по окончании прохождения психокоррекционных программ и 3 месяца спустя.

Результаты и их обсуждение. В соответствии с задачами исследования была проведена нейропсихологическая диагностика в исследуемой когорте подростков.

При анализе количественных показателей по нарушенным и несформированным функциям было выявлено, что у подростков с Интернет-зависимым поведением отмечаются более высокие показатели нарушений межполушарных взаимодействий, опосредованного запоминания, контроля и регуляции деятельности, слухомоторной координации, внимания, пространственного праксиса, по сравнению с контрольной группой.

Исследование эмоционального интеллекта обнаружило значимое снижение общего балла ЭИ у интернет-зависимых подростков, по сравнению с подростками контрольной группы и, в частности, способности к пониманию эмоций других людей и эмоционально окрашенных ситуаций, управление своими эмоциями и

эмоциями других людей. При анализе результатов методики МПДО Подмазина было выявлено, что в группе интернет-зависимых подростков, по сравнению с контрольной группой наиболее выраженные и часто встречающиеся типы акцентуации: астено-невротический, возбудимый и демонстративный. По показателям психопатологической симптоматики подростки с интернет-зависимостью характеризуются более высокой межличностной сензитивностью, обсессивностью-компульсивностью и симптомами депрессии. При этом у них значимо выше показатели симптоматического дистресса. Результаты сравнительного анализа социально-психологической адаптации по методике Роджерса-Даймонд показали, что у подростков с интернет – зависимостью по сравнению, с условно здоровыми, отмечаются достоверно более высокие показатели по шкалам: дезадаптивность, неприятие себя, неприятие других, эмоциональный дискомфорт, внешний контроль и эскапизм. И достоверно более низкие показатели по шкалам: адаптивность, принятие других и эмоциональных комфорт. Подростки с интернет-зависимостью характеризуются незрелостью личности, невротичностью, дисгармонией в сфере принятия решений, являющиеся результатом постоянных неуспешных попыток подростка реализовать цель, либо наличием двух и более равнозначных целей. Выявляется высокая степень неудовлетворённости своими личностными чертами, а также «эскапизм (уход от проблем)» в виде избегания проблемных ситуаций, уход от них. Кластерный анализ позволил выделить две основных подгруппы подростков, зависимых от сети интернет: с преобладанием функциональных нарушений мозговой деятельности (кластер А) и подростков с дезадаптивными паттернами поведения без нейропсихологических нарушений (кластер Б). В кластер А вошли интернет-зависимые подростки, характеризующиеся следующими особенностями: преимущественно атарактический мотив использования интернета, наличие нейропсихологических нарушений (снижение концентрации внимания, дисбаланс процессов активации – торможения, несформированность функции регуляции контроля деятельности, низкие показатели социальной адаптации. К кластеру Б относятся интернет-зависимые подростки, характеризующиеся следующими особен-

ностями: преимущественно гедонистический мотив использования интернета (онлайн игры), наличие ярко выраженной одной из акцентуаций (возбудимый, гипертимный, демонстративный), высокие показатели депрессивной и обсессивно-компульсивной симптоматики, враждебности и высокий показатель социальной дезадаптации. Основой для разработки дифференцированных психологических программ коррекции интернет-зависимости у подростков явилось описанные нами два различных механизма формирования интернет-зависимости у подростков (Малыгин В.Л., Меркурьева Ю.А. 2020).

1) Подростки с нейропсихологическими нарушениями выбирают интернет, как эффективный психоактивный агент стимуляции психической деятельности, внешне регулирующий тонус и внимание.

2) Подростки с интернет-зависимостью используют интернет как способ поддерживать активность и концентрировать внимание, так как постоянное появление новых стимулов внешне регулирует концентрацию внимания, однако в то же время способствует еще большему истощению и утомлению, что стимулирует повторные обращения к сети, формируя аддиктивный цикл. Подростки с преобладанием акцентуированных черт характера с трудом адаптируются в социуме, интернет-среда предоставляет многообразие способов реализации их гедонистической направленности. Влечение к новизне, не насыщаемая потребность в привлечении внимания, кратковременность эффекта вознаграждения вызывает необходимость чаще обращаться к игре, повышая толерантность к игровой деятельности. Приводит к заострению акцентуированных черт характера, большему нарушению социальной адаптации, тем самым формируя аддиктивный цикл. Проведение разработанных дифференцированных психологических программ коррекции показало их высокую эффективность. Так до проведения коррекционной программы показатели интернет-зависимого поведения были значимо выше и составляли в среднем 58 баллов. Сразу после проведения программы показатели значительно снизились (среднее значение 35 баллов), что говорит о снижении проявлений интернет-зависимого поведения. При этом показатели адаптивности повысились, а дезадаптивности снизились, что свидетельствует о появлении у подростков более эффективных спосо-

бов поведения, что также подтверждается обратной связью от родителей и учителей школ. При анализе различий показателей интернет-зависимости и социально-психологической адаптации отдельно для подростков, вошедших в кластер А и в кластер Б было выявлено, что для подростков с преобладанием нейropsychологических нарушений (кластер А) более эффективной оказалась программа 1. Все подростки из кластера А полностью прошли программу коррекции и не прерывали участие, были активны в работе, хотя и испытывали некоторые сложности в начале программы, связанные в первую очередь с появлением тревожности в группе. При этом подростки из кластера А, проходившие программу №2, чаще пропускали занятия, один испытуемый прекратил участие в коррекционных мероприятиях.

Выводы. Развитие интернет-зависимости у подростков имеют различные психологические механизмы формирования, различающиеся по ведущим биологическим и психологическим предикторам. На основе особенностей психологических механизмов формирования интернет-зависимости разработана дифференцированная Программы психологической коррекции интернет-зависимости у подростков должны учитывать особенности психологических механизмов формирования аддикции. Для интернет-зависимых подростков с нейropsychологическими нарушениями более эффективной оказывается программа психологической коррекции №1, включающая нейropsychологическую коррекцию, телесно-ориентированную психотерапию, б) для интернет-зависимых подростков с преобладанием акцентуированных черт характера одинаково эффективны оба блока программы коррекции. Программой выбора является программа №2, так как она требует меньших временных затрат.

Список литературы

1. Малыгин В.Л., Меркурьева Ю.А. Дифференцированная психологическая коррекция интернет-зависимости у подростков // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 3. С. 142—163. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280309>
2. Caplan, S.E. Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument

/ S.E. Caplan // Computers in human behavior. – 2002. – T. 18. – №. 5. – C. 553–575.

3. Chun, J.S. A meta-analysis of treatment interventions for internet addiction among Korean adolescents / J.S. Chun, H.S. Shim, S. Kim // Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. – 2017. – T. 20. – №. 4. – C. 225–231.

4. Davis, R.A. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use / R.A. Davis // Computers in human behavior. – 2001. – T. 17. – №. 2. – C. 187–195.

5. Kelly, R.V. Massively multiplayer online role-playing games: The people, the addiction, and the playing experience / R.V. Kelly. – McFarland, 2004.

6. Grohol, J.M. Internet Addiction Disorder 1999. [WWW document] <http://psychcentral.com/netaddiction/>

7. Kuss, D.J. Internet gaming addiction: A systematic review of empirical research / D.J. Kuss, M.D. Griffiths // International journal of mental health and addiction. – 2012. – T. 10. – №. 2. – C. 278–296.

8. Liu, J. Effects of group counseling programs, cognitive behavioral therapy, and sports intervention on internet addiction in East Asia: a systematic review and meta-analysis / J. Liu, J. Nie, Y. Wang // International journal of environmental research and public health. – 2017. – T. 14. – №. 12. – C. 1470

9. Mazurek, M.O. Video game use in boys with autism spectrum disorder, ADHD, or typical development / M.O. Mazurek, C.R. Engelhardt // Pediatrics. – 2013. – T. 132. – №. 2. – C. 260–266.

10. Shapira, N.A. Psychiatric features of individuals with problematic internet use / N.A. Shapira et al. // Journal of affective disorders. – 2000. – T. 57. – №. 1-3. – C. 267–272.

11. Shek, D.T.L. Internet addiction in Hong Kong adolescents: profiles and psychosocial correlates / D.T.L. Shek, L. Yu. – 2012.

12. Wölfling, K. Treatment outcomes in patients with internet addiction: a clinical pilot study on the effects of a cognitive-behavioral therapy program / K. Wölfling // BioMed research international. – 2014. – 2014(10):425924DOI: 10.1155/2014/425924, C 1-7

МАРКЕЛОВА ТАТЬЯНА ВЛАДИМИРОВНА,

доктор психологических наук, доцент,
markelova@fsn.unn.ru

ШУТКИНА ЖАННА АЛЕКСАНДРОВНА,

кандидат педагогических наук, доцент,
shutkina.zhanna@fsn.unn.ru

МИГУНОВА ЕКАТЕРИНА АЛЕКСЕЕВНА,

преподаватель,
burova.ekaterina@fsn.unn.ru

кафедра общей и социальной психологии,
ННГУ им. Н. И. Лобачевского, г. Нижний Новгород,
Российская Федерация

ПРЕДИКТОРЫ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Аутоагрессивное поведение – разновидность девиантного поведения, при котором происходит неосознанное причинение ущерба физическому и психическому здоровью. Считается, что такое поведение является следствием перенаправления агрессии, изначально направленной на внешний объект. В случаях, когда от этого внешнего объекта зависит благополучие человека, агрессия может быть перенаправлена. В одних случаях на другой внешний объект (вымещение), если же такого объекта нет, то агрессия оказывается направленной на самого себя. Термин «аутоагрессивное поведение» представляется продуктивным, поскольку включает в себя несколько полюсов. На одном полюсе находятся самоповреждения, то есть действия, направленные на причинение себе физического ущерба, заведомо не опасного для жизни, на другом – суициды. По мнению Г. Я. Пилягиной, для возникновения аутоагрессии необходима система, включающая следующие три компонента [4]:

- фрустрированный человек с формирующимся внутренним конфликтом, подавляющий свою агрессию и отрицающий свои механизмы психологических защит;

- психотравмирующая ситуация, в которой реализуются защитные паттерны поведения, обусловленные вышеупомянутым внутриличностным конфликтом;
- обратная отрицательная связь, т.е. несбывшиеся ожидания по отношению к объекту и увеличивающая напряжение ситуации, агрессивность объекта, потребность разрешения внутриличностного конфликта.

В. В. Нечипоренко выделяет следующие характерные особенности для лиц, склонных к суицидальному поведению: обидчивость, ранимость, снижение толерантности к эмоциональным нагрузкам, низкая самооценка, отвержение социальным окружением, переживание собственной несостоятельности, физического отставания, избегание и пассивность в решении трудных ситуаций, инфантильность, острота переживаний, склонность к самоанализу, застенчивость, робость, склонность к депрессивным расстройствам, недостаток самоконтроля, импульсивность, отсутствие конформности, неустойчивость эмоциональной сферы, неуверенность в себе, зависимость от окружающих, несформированность системы ценностей [3].

Критерии состояния высокого суицидального риска были выделены В. Г. Василевским [2]:

1. Устойчивые фантазии о смерти, «невербальные» знаки, мысли, прямые или косвенные высказывания о самоповреждении или самоубийстве;
2. Состояние депрессии;
3. Проявление чувства вины, тяжелого стыда, обиды, сильного страха;
4. Высокий уровень безнадежности в высказываниях;
5. Заметная импульсивность в поведении;
6. Факт недавнего/текущего кризиса/утраты;
7. Эмоционально-когнитивная фиксация на кризисной ситуации, объекте утраты;
8. Выраженное физическое или психическое страдание (болевого синдрома, «душевная боль»);
9. Отсутствие социально-психологической поддержки/не принимающее окружение;

10. Нежелание подростка принимать помощь/недоступность терапевтическим интервенциям/сожаления о том, что «остался жив»;

11. Доминирование негативных чувств у специалиста, нарушающих процесс коммуникации: тревога, неприязнь, бессилие и безнадежность, идеализация или обесценивание пациента.

Рост числа самоубийств, а также возникновения склонности к суицидальному поведению связываются со злоупотреблением спиртными напитками, склонностями к употреблению психоактивных веществ. Отмечается, что попытки суицида возникают на фоне «дисфорического аффекта с мрачной тоской и злобным недовольством» (А.Г. Амбрумова).

Несмотря на большое количество публикаций до настоящего времени, актуальными для исследования остаются условия, определяющие высокий суицидальный риск в юношеском периоде. Одни авторы придают значение широкому спектру нарушений поведения вплоть до «неосознанных саморазрушительных действий», другие считают, что единственным показателем суицидальной активности в юношеском возрасте служит депрессия. Все реакции, которые возникают в данном возрастном периоде можно разделить на следующие группы:

1. Ситуационно-обусловленные реакции: непатологические и патологические;

2. Пограничные состояния: депрессии и психопатии.

В отдельных работах встречается указание на то, что психологический кризис приводит к ситуациям, которые могут рассматриваться на непатологическом уровне. Несмотря на то, что ситуационная реакция всегда вызвана сложившейся в жизни ситуацией и полностью связана с ней, никакая ситуация не может являться единственным условием, определяющим форму и динамику реакции. Однако психологический кризис у психически здоровых людей приводит к реакциям на непатологическом уровне. Непатологические ситуационные реакции либо достигают кульминации, выражающиеся в суицидальном поведении, либо самокупируются в течение нескольких первых дней. Во всех непатологических ситуационных реакциях суицидоопасность определяется резкостью снижения способности конструктивного планирования

будущего (т.е. безнадёжностью). Во внутренней картине обычно обнаруживается нерешительность, апатия, чувство одиночества.

Согласно подходу А. Г. Амбрумовой выделяется 6 типов ситуационных реакций: реакции эмоционального дисбаланса, пессимистические ситуационные реакции, реакция отрицательного баланса, реакция демобилизации, реакция оппозиции и реакция дезорганизации [1]. Реакции эмоционального дисбаланса характеризуются сниженным фоном настроения, повышением уровня тревожности, усиливается значимость отрицательно окрашенных раздражителей, сокращение круга контактов. Изменением мироощущения, установлением мрачной окраски, видоизменением системы ценностей, завышенной оценкой своих возможностей, характеризуются пессимистические ситуационные реакции. Реальное планирование уступает место мрачным прогнозам. Реакции отрицательного баланса – подведение жизненных итогов, оценка пройденного пути, свойственная людям с неизлечимыми заболеваниями. Наиболее резкими изменениями в сфере контактов, что вызывает устойчивые переживания одиночества и безнадёжности, отличается ситуационная реакция демобилизации. Экстрапунитивной позицией личности, повышающей степень агрессивности и как следствие появления аутоагрессии, является ситуационная реакция оппозиции. Тревожный компонент содержит в себе ситуационная реакция дезорганизации. Наблюдаются соматовегетативные проявления, имеет место неожиданный и необдуманный суицид. Основанием для этого служит низкий уровень самоконтроля. Наступающие непосредственно за стрессом, патологическими реакциями являются: астено-невротические, астено-депрессивные, астеноипохондрические и истеро-невротические реакции, которые имеют возрастное своеобразие. У подростков старшего пубертатного возраста чаще имеют астено-невротические и астено-депрессивные. В младшем подростковом возрасте наблюдаются истеро-невротические и астеноипохондрические реакции. Последние реакции имеют сходство с соматизированными депрессивными реакциями в детском возрасте.

Суицидальные тенденции чаще встречаются у лиц, которые до заболевания отличались психоастеническим складом характера:

склонностью к тревожной мнительности, ранимостью с заниженной самооценкой. Для развития реактивной депрессии с суицидальными тенденциями имеет значение характер протекания пубертатного кризиса с преобладанием астено-невротических симптомов. Наиболее опасными по содержанию являлись депрессии с преобладанием переживаний обиды и вины.

Таким образом, своеобразие трактовки понятия смерти, психологическая некомпетентность и незрелость делает затруднительным определение истинности суицидальной попытки, исходя из желания смерти. Психологическое состояние, в котором происходит суицид или суицидальная попытка характеризуется как кризисное. Психофизиологической почвой для формирования суицидального поведения является стресс, а именно реакция, возникающая в процессе приспособления человека к условиям его существования. Данные реакции могут наступать также при расхождении притязаний и реальными условиями существования молодого человека, могут быть следствием психотравмирующих воздействий.

Список литературы

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: методические рекомендации. – М. – 1980.
2. Василевский, В.Г. Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения / В. Г. Василевский, Е. В. Ласый // Военная медицина. – 2010. – № 2(15). – С. 26-29.
3. Нечипоренко, В.В. Суицидология: вопросы клиники, диагностики и профилактики / В.В. Нечипоренко, В.К. Шамрей. – Санкт-Петербург: ВМедА, 2007. – 528 с.
4. Пилягина, Г.Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клинично-типологические аспекты диагностики и лечения: автореф. дис. ... д. мед. наук: 14.01.16. – Киев, 2004. – 34 с.

ШУТОВА НАТАЛЬЯ ВАДИМОВНА,

доктор психологических наук, профессор,
профессор кафедры общей и социальной психологии,
ННГУ им. Н.И. Лобачевского,

г. Нижний Новгород, Российская Федерация,
shutovanataliavadimovna@mail.ru

КРАСИЛЬНИКОВА АЛЕНА ОЛЕГОВНА,

студентка 5 курса специальности «Психология служебной
деятельности», кафедра общей и социальной психологии
ННГУ им. Н.И. Лобачевского,

г. Нижний Новгород, Российская Федерация,
alena-krasilnikova-00@mail.ru

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ СИТУАЦИИ НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ У СТУДЕНТОВ РАЗНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Аннотация. В статье рассматривается проблема толерантности и интолерантности к неопределенности. Представлены результаты исследования уровня интолерантности и толерантности студентов разных специальностей (социальных, медицинских и технических). Согласно полученным данным, различие в уровнях интолерантности и толерантности к неопределенности не имеют статистической значимости. При этом большинство студентов, участвовавших в исследовании, склонны к интолерантности к неопределенности.

Ключевые слова: толерантность к неопределенности, интолерантность к неопределенности, студенты.

В современном обществе мы можем наблюдать острую проблему неопределенности. Это связано и с последствиями пандемии covid-19, и с происходящими сейчас социальными, политическими изменениями. Современному миру не свойственно постоянство, информация о каких-либо событиях поступает ежеминутно и люди могут получать её мгновенно, благодаря техническому прогрессу. Возрастает разнообразие и сложность этой информации, соответственно становится всё больше неопределенности [1], которая характеризуется неизвестностью, фрустрацией,

противоречивостью и другими подобными явлениями [4]. При этом, получая огромное количество информации, человек не может быть полностью уверен в её достоверности, что также может приводить к возникновению тревожных состояний. Это обуславливает актуальность изучения проблемы толерантности и интолерантности к неопределенности.

В современной литературе толерантность к неопределенности характеризуется как способность к саморегуляции в непривычных для человека условиях, когда невозможно действовать привычным способом [2]. Это стремление к новизне, оригинальности, творческому подходу. Таким образом, толерантный к неопределенности человек способен продуктивно действовать в неопределенной ситуации. Для него она воспринимается как возможность получения нового опыта. Он готов экспериментировать и при неудаче не испытывает страх, а продумывает новые способы решения проблемы. Интолерантный к неопределенности человек, напротив, испытывает страх и тревогу, он может чувствовать растерянность и будет добиваться получения большей ясности [3]. Интолерантная личность стремится к ясности, упорядоченности, для неё правила имеют главенствующую роль. Таким образом, в данной статье толерантность к неопределённости относится к совершению операций с информацией, познанию и творческому проявлению личности, она выражается в склонности действовать вне соответствующих правил, искать оригинальные пути решения [5].

Исходя из особенностей неопределенности в современном обществе и вышеописанных характеристик, это очень важный параметр, можно предположить, что интолерантные к неопределенности люди испытывают тревогу и находятся в стрессовом состоянии. Это может сказываться как на их взаимодействии с окружающими, так и на профессиональной, учебной деятельности. Толерантность к неопределенности позволяет человеку сохранить психологическое здоровье в современных условиях. Актуальность это приобретает в условиях психологического сопровождения в высшем учебном заведении. Зная толерантен или интолерантен студент, можно определить особенности его психологического состояния в последнее время. Не многие готовы прийти на прием к психологу, и не многие знают о возможностях пси-

хологического сопровождения, предоставляемых вузами. Необходимо информировать студентов, найти подход, предложить помощь конкретному человеку, если предполагается, что у него высокий риск развития тревожных состояний. Таким образом, появляется возможность для коррекции и реабилитации, снижения тревоги студентов, гармонизации их личностных свойств.

Цель исследования: выявить особенности переживания ситуации неопределенности (толерантности, интолерантности) у студентов разных специальностей.

В исследовании приняло участие 86 студентов. Из них: 30 студентов ННГУ им. Лобачевского обучающихся по специальности «Психология служебной деятельности», 30 студентов ПИМУ, обучающихся по специальности «Лечебное дело», 26 студентов ННГАСУ обучающихся по специальности «Техносферная безопасность». Возраст испытуемых от 19 до 24 лет. В качестве диагностического материала была использована Шкала толерантности к неопределенности Баднера (в адаптации Корниловой).

Нами было выделено три группы студентов: «студенты-психологи», «студенты-медики», «студенты-технари».

Результаты.

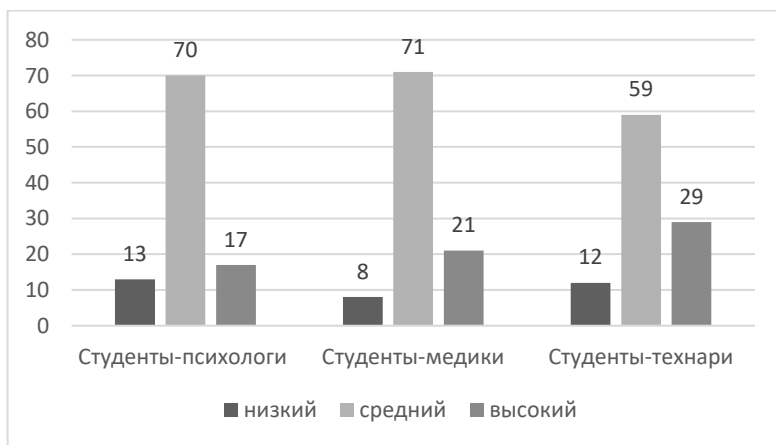


Рис. 1 Уровни выраженности склонности к интолерантности в ситуации неопределенности (%)

В ходе количественной обработки данных и качественного анализа были получены следующие результаты по шкале интолерантности (рис. 1): как можно увидеть, исходя из графика, наиболее распространенным является средний уровень интолерантности во всех группах студентов. В группе «студентов-медиков» средний уровень наблюдается у (71%), в группе «студентов-психологов» – у (70%), в группе «студентов-технарей» – у (59%). Вероятнее всего, в ситуации неопределенности данные студенты действительно будут испытывать тревогу и дискомфорт, но при этом не будут дезадаптированы. Высокий уровень интолерантности к неопределенности выражен у (29%) «студентов-технарей», (21%) «студентов-медиков» и (17%) «студентов-психологов». Эти студенты в ситуации неопределенности будут пытаться добиться наибольшей ясности, им сложно действовать в отсутствие четкого алгоритма. Низкий уровень интолерантности к неопределенности выражен у (13%) «студентов-психологов», (12%) «студентов-технарей» и (8%) «студентов-медиков». Данные студентов не пугает неоднозначность и сложность ситуации, они могут в ней существовать без явного дискомфорта. В ситуации неопределенности они, вероятнее всего, сохраняют способность эффективно действовать, принимать решения и импровизировать.

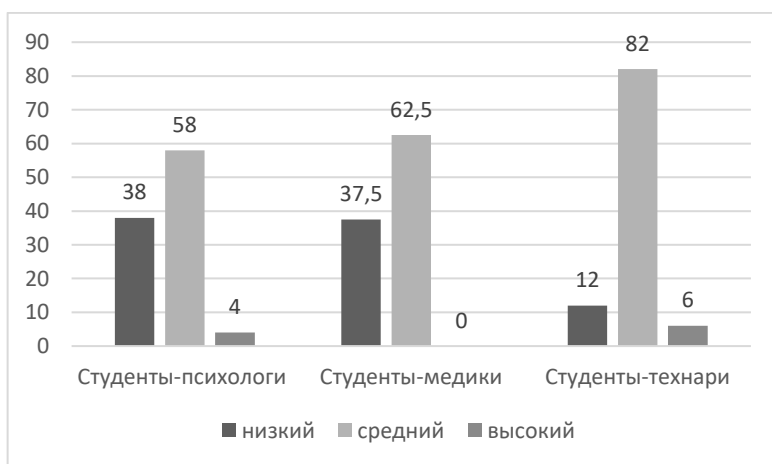


Рис. 2 Уровни выраженности склонности к толерантности в ситуации неопределенности (%)

По шкале толерантности к неопределенности были получены следующие результаты (рис.2): наиболее выраженным среди всех групп испытуемых является средний уровень В группе «студентов-технарей» средний уровень зафиксирован у (82%), в группе «студентов-медиков» – у (62,5%), в группе «студентов-психологов» – у (58%) студентов. Эти студенты, вероятно, готовы искать решения, несмотря на неопределенность, но некоторые ситуации могут привести их в состояние растерянности. Низкий уровень толерантности к неопределенности выражен у (38%) «студентов-психологов», у (37,5%) «студентов-медиков», у (12%) «студентов-технарей». Эти студенты в ситуации неопределенности будут испытывать дискомфорт и находиться в стрессовом состоянии. Высокий уровень толерантности к неопределенности выявлен у (6%) «студентов-технарей», (4%) «студентов-психологов». Эти студенты не испытывают негативных эмоций в связи с ситуацией неопределенности. Они могут эффективно действовать и принимать решения в новых условиях, при этом не испытывая сильных эмоций, мешающих деятельности. В группе «студентов-медиков» высокий уровень толерантности к неопределенности не выражен (0%).

Таблица 1

**Особенности выраженности склонности к толерантности
и интолерантности в ситуации неопределенности
студентов разных специальностей**

Шкалы	Средние показатели			Ас- симпт. знч.
	Студен- ты- психологи	Студен- ты- медики	Студен- ты- технари	
Интолерантность к неопределенности	34,29	30,63	34,53	0,739
Толерантность к неопределенности	30,94	28,96	41,62	0,084

В ходе статистической обработки данных с помощью непараметрического критерия Краскела-Уоллеса было установлено, что

различия показателей уровня интолерантности и толерантности к неопределенности у студентов разных специальностей не имеют статистической значимости ($p \geq 0,05$). При этом у студентов технических специальностей преобладает склонность к толерантности в ситуации неопределенности, в то время как у студентов социальных и медицинских специальностей – интолерантности (табл.1).

Отсутствие статистически значимых различий может быть связано с тем, что студенты всех исследуемых групп в своей деятельности вынуждены следовать правилам. Так, «студенты-психологи» служебной деятельности ориентированы на работу в силовых структурах и подчинение уставу, «студенты-медики» и «студенты-технари» также обучаются действовать по определенному алгоритму, отступление от которого может серьезно сказаться на профессиональной деятельности, вплоть до её прекращения и несения ответственности за нарушение.

Подводя итоги, можно сказать о том, что большинство студентов, участвовавших в исследовании склонны к интолерантности в отношении неопределенности. Можно предположить, что они находятся в тревожном состоянии и нуждаются в психологическом сопровождении по крайней мере на уровне профилактики. На наш взгляд, тренинговые занятия, направленные на обучение самопомощи в борьбе со стрессом и индивидуальные консультации могут быть эффективны для повышения толерантности к неопределенности.

Список литературы

1. Белявцева Олеся Сергеевна Толерантность и интолерантность к неопределенности в современной отечественной и зарубежной психологии // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Наука и социум». 2021. №XVII.
2. Корнилова Т.В. Новый опросник толерантности к неопределенности // Психологический журнал. – 2010. – Т. 31. № 6.
3. Корнилова Т.В., Чумакова М.А. Шкалы толерантности и интолерантности к неопределенности в модификации опросника С. Баднера // Экспериментальная психология. 2014. Том 7. № 1. С. 92–110.

4. Михина М.В. Неопределенность: основные характеристики и определение // Инновационная наука. 2018. №5.

5. Рябинкина А.Н. Толерантность студентов к неопределенности // Ученые записки Орловского государственного университета. №1 (78), 2018 г.

6. Шутова Н.В., Красильникова А.О. Агрессивные проявления подростков (на примере воспитанников кадетских школ) // Актуальные вопросы аддиктологии сборник материалов I Всероссийского межведомственного научно-практического антинаркотического форума. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Приволжский исследовательский медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации. Нижний Новгород, 2022. С. 218–224.

7. Шутова Н.В., Красильникова А.О. Взаимосвязь акцентуаций характера и стратегий поведения в конфликте воспитанников кадетского корпуса: анализ подходов к исследованию проблемы // Актуальные проблемы психологической практики в силовых структурах: ментальное здоровье и условия его сохранения. Сборник докладов по материалам VI Международной межведомственной научно-практической конференции, посвященной 25-летию факультета социальных наук ННГУ им. Н.И. Лобачевского. Нижний Новгород, 2022. С. 149–152.

ШУТОВА НАТАЛЬЯ ВАДИМОВНА
доктор психологических наук, профессор
кафедры общей и социальной психологии,
ННГУ им. Н. И. Лобачевского, г. Нижний Новгород,
Российская Федерация,
shutovanataliavadimovna@mail.ru

КУРЗЮКОВА ЮЛИЯ ФЁДОРОВНА
психолог отдела психологической и психофизиологической диагностики
Приволжского филиала Центр экстренной психологической помощи
МЧС России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация,
kurzyuk22@yandex.ru

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕРАКТИВНОЙ ТЕХНИКИ «ФОРУМ-ТЕАТР» КАК СРЕДСТВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ СТУДЕНТОВ

Аннотация. В настоящем исследовании предложена психолого-педагогическая программа интерактивной техники «Форум-театр», целью которой является включение студентов в активную творческую деятельность, способствующей регулированию психических состояний, нахождению рациональных и эффективных путей разрешения сложных жизненных ситуаций, повышению психологической грамотности студентов.

Ключевые слова. Студенты, интерактивная техника, форум-театр.

Текст статьи. За последние годы выросло число угроз, способных нанести серьезный вред нашему ментальному здоровью. Негативные факторы внешних воздействий отражаются в увеличивающемся количестве тревожных и депрессивных расстройств, повышении уровня агрессивного поведения и ухудшение общего психоэмоционального фона [2]. Эмпирические данные, полученные в ходе современных исследований, свидетельствуют о ухудшении психоэмоционального состояния студентов. В своих работах авторы акцентируют внимание на том, что студенты начальных этапов обучения составляют группу риска и подвержены возникновению эмоциональных срывов, актов агрессии, суицидальным склонностям и самоповреждающему поведению [1, 3, 6]. Все это указывает на необходимость и важность разработки и

внедрения программ психологического сопровождения студентов в ВУЗах. В настоящее время для таких целей используется не только индивидуальная консультативная работа, но и практикуются групповые занятия в виде тренингов, сюжетно-ролевых игр, интерактивных техник. Е.Н. Прохорова отметит, что интерактивные техники отличаются от всех остальных тем, что при активном взаимодействии партнеров по общению друг с другом (интеракции) осуществляется обобщение и получение новых знаний, обучение умениям, прививание определенных психологических установок и качеств, а также практическое применение полученных навыков [4]. Одной из таких «активных» техник является интерактивная техника «Форум-театр», созданная бразильским режиссером, писателем и общественным деятелем, Августо Боалем. [5, 8, 9].

В настоящей статье представлена психолого-педагогическая программа с использованием интерактивной техникой «Форум-театр». Целью данной программы является включение студентов в активную творческую деятельность, обучение их регуляции негативных эмоций, нахождению рациональных и эффективных путей в разрешении сложных жизненных ситуаций, повышению психологической грамотности и как результат – здоровьесбережению студентов.

Предложенная программа состоит из 4 этапов, включающих в себя 12 занятий, которые могут проходить в рамках внеучебной деятельности 2 раза в неделю.

Первый этап. Определение темы (1-2 занятие). На первом и втором занятиях участникам предлагается определить актуальную и понятную для всех тему, которая ляжет в основу сюжета. Важно, чтобы выбранная тема была доступна и узнаваема, а также соответствовала реальности. При групповом обсуждении со всеми участниками театра нами была выбрана проблема травли новичка в уже сформированном коллективе. Помимо проблемы буллинга в школах и университетах, также рассматривались следующие варианты:

- Конфликтные взаимоотношения с родителями и преподавателями;

- Трудности в выстраивании взаимоотношений с противоположенным полом;
- Проблема непринятия трудовым коллективом, моббинг;
- Проблема формирования аддикций;
- Проблема выбора будущей профессии;
- Проблемы, с которыми сталкиваются люди с ограниченными возможностями;
- Проблема стигматизации ВИЧ-инфицированных людей;

Второй этап. Написание сценария (3-4 занятия). После определения темы начинается работа над сценарием. Сценарий состоит из 3-5 мизансцен по 10-20 минут, где происходит постепенное развитие сюжета, эскалация конфликта и кульминационный момент, который прерывается словом «СТОП!». В сценарии должны быть ярко показаны те причины и факторы, которые привели к негативному исходу событий. На втором этапе также для всех персонажей составляются реплики и прописываются характеры. В сюжете обязательно должны присутствовать 100% угнетенный, 50% союзник угнетенного, 100% угнетатель и 50% союзник угнетателя. Именно активные действия угнетателя и бездействие союзников приводят к эскалации конфликта. Приведем пример одного из сценариев – «Часики».

Каждое действие представлено в виде мизансцены:

1) В первой мизансцене показано знакомство студентки – главной героини со своей соседкой по комнате в общежитии. Соседка не рада «новенькой»: она проявляет безразличие, эмоциональную холодность и пассивную агрессию. После неудачно завязавшегося диалога они вместе идут на вечеринку;

2) Во второй мизансцене действие разворачивается на студенческой вечеринке, куда приходят главные герои. Здесь «новенькая» сталкивается с неформальным лидером собравшейся группы и становится жертвой ложного обвинения в краже. Героиня вместо теплого приема и знакомства со своими одногруппниками получает отторжение коллективом, нападки, запугивания и оскорбления;

3) В третьей мизансцене демонстрируется обращение в деканат и попытка использования административного ресурса в качестве дополнительного давления на угнетаемого студента;

4) В четвертой мизансцене отражены напряженные, конфликтные взаимоотношения между студентом и его матерью; пошатнувшееся положение и авторитет неформального лидера вымещается на угнетаемого в виде вербальной и эмоциональной агрессии;

5) В последней мизансцене показаны, как поменялись отношения некогда близких друзей спустя время: вместо ожидаемой чуткости, поддержки и понимания главная героиня получает равнодушие, осуждение и неприязнь, что в конечном итоге толкает угнетенного главного героя на крайние меры – суицид.

Финальная часть всего действия должна быть эмоционально напряжённой и насыщенной. Кульминация развязки (возможно, очень травматической) прерывается словом «СТОП!», после чего весь сценарий проигрывается заново, но теперь уже зрители могут самостоятельно останавливать действие в любой момент, выходить на сцену и играть одного из персонажей (кроме 100% угнетателя и 50% союзника угнетателя), тем самым оказывая влияние на развитие ситуации и меняя ход событий в благоприятную сторону.

Третий этап. Распределение ролей, проигрывание сюжета (5–11 занятие). На последующих занятиях происходит распределение всех ролей между участниками форум-театра, а также при необходимости в сценарий вносятся коррективы и дополнительные детали. После этого отводится 7 занятий на вживание актеров в роли и тщательную репетицию каждой из мизансцен. На этом этапе важно предположить, в каком месте зритель может остановить происходящее словом «СТОП!». Каждому из актеров необходимо предположить, что будет делать потенциальный зритель, чтобы изменить ситуацию и какие, в этом случае, дополнительные реплики помогут актеру придерживаться своей роли.

Четвертый этап. Выступление перед зрителями (12 занятие). Разыгрывание форум-театра с последующим обсуждением поставленной проблемы. Для проведения такой формы работы, необходимо учесть ряд факторов для создания особых условий. Так как предполагается, что зрители будут взаимодействовать с актерами, заменяя их, важно выбрать удобное помещение, где не придется подниматься на сцену. Зрителям будет легче выходить

на импровизированную сцену, которая может располагаться в широкой аудитории или в просторном спортивном зале. Такие пространства в большей степени воспринимаются как что-то обыденное и привычное, когда сцена, в свою очередь, может вызвать активацию психологических барьеров и защит у людей, неподготовленных к выступлению. Просторный зал также удобен для проведения разогрева со зрителями, чтобы подготовиться к дальнейшей работе [4].

Перед тем, как приступить к показу представления, психологом или ведущим проводится разогрев, состоящий из нескольких несложных упражнений («Друг к дружке», «Назови себя», «Ритуал приветствия»). Телесные упражнения позволяют быстро установить доверительный контакт с окружающими, снять напряжение и мышечные зажимы, разрядить обстановку и активизировать участников.

В зависимости от обыгрываемой в сценарии проблемы, можно пригласить профильного специалиста для получения экспертной оценки происходящего. Это также может сделать психолог или ведущий. Специалист дает обратную связь по завершении спектакля или во время обсуждения со зрителями. Н.В. Шутова и Ю.М. Баранова считают, что анализ и проговаривание психопрофилактического материала самими зрителями, способствует достижению максимального эффекта от интерактивной техники «Форум-театр» [7]. Обсуждение спектакля базируется в том числе на рефлексии участников. Важно узнать, какие чувства и переживания испытывали зрители, противоречит ли увиденное их взглядам и установкам, какое отношение они имеют к показанной проблеме и изменилось ли оно после увиденного.

Чтобы закрепить полученные знания, ведущий должен подвести итог и провести анализ всех предложенных способов решения конфликта. После этого выбираются самые эффективные и наиболее успешные методы выхода из сложившихся ситуаций, показанных в каждой мизансцене. Интерактивная техника «Форум-театр» способствует не только обсуждению проблемных вопросов со специалистом, обмену опытом среди участников театра, но и способствует более эффективному изучению, запомина-

нию и закреплению на практике новых знаний и навыков, полученных в процессе творческой интерактивной деятельности.

Список литературы

1. Блинова Ю.О. Проявления агрессивности у делинквентных подростков // Вестник науки. 2023. №1 (58).
2. Кузина Н.В. Информационная безопасность в условиях пандемии: методы стабилизации состояния социума в электронных СМИ и Интернете // Бюллетень науки и практики. 2020. №9. С. 357–395.
3. Петрова, Е.Г. Исследование тревожности студентов в условиях экзаменационного стресса // Вестник Таганрогского государственного педагогического института. Гуманитарные науки. – 2010. – Специальный выпуск № 2. – С. 152-158.
4. Прохорова Е.Н. Психолого-педагогическое воздействие интерактивной техники «Форум-театр» на формирование адаптивного поведения агрессивных подростков: дис., канд. психол. н. – Нижний Новгород, 2010
5. Раевская Е.А. Особенности эмоциональных состояний студентов-первокурсников в контексте непрерывности образования // Непрерывное образование: XXI век. 2019. №4 (28)
6. Шильцова Юлия Вячеславовна Адаптация студентов к первому курсу в условиях вуза // E-Scio. 2020. №5 (44);
7. Шутова Н.В., Баранова Ю.М. Возможности «Форум-театра» в регулировании кризисных состояний личности В сборнике: Актуальные проблемы психологической практики в силовых структурах: кризисные состояния личности. Сборник статей по материалам IV Всероссийской межведомственной научно-практической конференции. Нижний Новгород, 2020. С. 51-54.
8. Шутова Н.В., Курзюкова Ю.Ф. Агрессивные проявления студентов как показатель их ментального здоровья В сборнике: Психологическое сопровождение образования: теория и практика. Сборник научных статей по материалам XI международной научно-практической конференции. В 2-х частях. Под редакцией И.А. Загайнова, О.Г. Купцовой. Йошкар-Ола, 2021. С. 280-286.
9. Шутова Н.В., Курзюкова Ю.Ф. Особенности агрессивных проявлений студентов на разных этапах обучения в вузе // Нижегородское образование. 2022 №4. С. 39-45

КОКОРЕНКО ВИКТОРИЯ ЛЕОНИДОВНА

Кандидат психологических наук, доцент,
доцент кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии
Северо-Западного государственного медицинского университета
им. И.И. Мечникова Минздрава России,
г. Санкт-Петербург
vkokorenko@yandex.ru

**МЕТОД СЕРИЙНЫХ РИСУНКОВ И РАССКАЗОВ
И.М. НИКОЛЬСКОЙ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ
(НА ПРИМЕРЕ ИЗ ОПЫТА
КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПРАКТИКИ)**

Аннотация. Метод серийных рисунков и рассказов – проективная арт-терапевтическая технология, которая позволяет специалисту за короткое время собрать важную диагностическую информацию о внутреннем мире ребенка, его проблемах и переживаниях. С помощью этого метода создаются условия для отреагирования психотравмирующих переживаний и развития самосознания детей и подростков, выявляются особенности мотивационно-потребностной сферы и процессы адаптации к стрессу. Рисунки и рассказы делают зримыми для взрослых проблемы детей. При необходимости, метод позволяет осуществлять психологическое воздействие на актуальное состояние и личностную сферу. В статье представлены теоретические основы метода серийных рисунков и рассказов И.М. Никольской, методические аспекты применения, а также клинический случай из консультативно-диагностической практики В.Л. Кокоренко.

Ключевые слова: метод серийных рисунков и рассказов, проективный рисунок, арт-терапия

Метод серийных рисунков и рассказов как арт-терапевтическая технология для диагностики и коррекции внутреннего мира детей был разработан доктором психологических наук, профессором Ириной Михайловной Никольской [1]. Было показано, что метод серийных рисунков и рассказов (МСРР) может широко использоваться специалистами в психодиагностике, консультировании и психотерапии детей, подростков, взрослых и

семьи, поскольку формирует контакт клиента и специалиста, делает «зримыми» значимые проблемы и ресурсы, выявляет процессы адаптации к стрессу и создает условия для отреагирования психотравмирующих переживаний, дает опыт самораскрытия и развивает самосознание.

Теоретические основы МСРР базируются на интеграции психодинамического подхода с элементами суггестивного, нарративного и семейного психотерапевтических подходов. В практической реализации МСРР является проективной процедурой (обращен к пониманию неосознаваемых, трудно контролируемых и одновременно значимых эмоционально-мотивационных проявлений личности; информация о клиенте собирается через его субъективность; результаты творческой деятельности анализируются для выявления особых личностных субъективно-значимых интерпретаций) и арт-терапевтической технологией (позволяет работать с мыслями и чувствами, которые кажутся непреодолимыми; творческое самовыражение – относительно безопасный способ разрядки напряжения, способствующий чувству внутреннего контроля и порядка, повышению самооценки и самоуважения, переживанию приятных чувств).

Диагностика и психологическое воздействие при реализации МСРР происходят в процессе арт-терапевтической беседы. Арт-терапевтическая беседа всегда структурирована (т.е. имеет определенную логику, связанную с обязательным соблюдением последовательности этапов реализации метода), с клиентом обсуждаются определенные рисунки, при этом обсуждается не сам клиент, а клиент, изображенный на рисунке, что дает клиенту чувство защищенности и облегчает процесс выражения, осознания и отреагирования скрытых эмоций, проблем и конфликтов. В арт-терапевтической беседе диалог по рисункам строится с помощью техники постановки вопросов на основе соотнесения невербального (изображение) и вербального (словесное описание) контекстов; направленного использования письменной речи (в работе с детьми, не владеющими письменной речью или затрудняющимися в ее использовании, специалист записывает рассказы со слов ребенка) и введения дополнительных заданий, исходящих из контекста.

В течение одного сеанса клиенту предлагается создать серию проективных рисунков на заданные темы, а затем составить в диалоге со специалистом устные или письменные рассказы о том, что на рисунках изображено.

В рисунках отражаются особенности внутреннего мира личности:

- представления о себе и окружающих;
- желания, стремления, фантазии;
- внутриличностные и межличностные конфликты;
- психотравмирующие переживания;
- механизмы психологической защиты и стратегии совладающего поведения;
- перспективы будущей жизни

Темы задаются специалистом, формулируются от первого лица («я», «мой», «мне»...) и эмоционально насыщены (указывают на переживание ряда эмоций и чувств).

После того как рисунок сделан, специалист с помощью уточняющих вопросов побуждает клиента составить по рисунку рассказ.

- Что тут на рисунке происходит?
- Где ты (этот человек) находится?
- Что ты (этот человек) делаешь (-ет)?
- Какое у тебя (у этого человека) настроение?
- О чем ты (этот человек) думаешь (-ет)?

Вопросы и ответы фиксируются.

После завершения процедуры клиент (ребенок, родители, семья) совместно обсуждают и обобщают проделанную работу.

Важнейший принцип взаимодействия – безусловное принятие и одобрение всех продуктов творческой деятельности (независимо от содержания, формы и качества).

Приведем пример из нашей консультативной работы с помощью метода серийных рисунков и рассказов. Имя и вся информация личного характера изменены для сохранения конфиденциальности.

На консультацию обратилась мама девочки младшего школьного возраста с запросом разобраться в состоянии дочери и помочь понять родителям, имеются ли какие-то психологические проблемы, связанные с плохим самочувствием ребенка.

На приеме мама рассказала, что у дочери в течение месяца сильные головные боли, прием лекарств головную боль не снимает, в последнее время головная боль сопровождается тошнотой преимущественно в вечернее-ночное время, рвота может несколько облегчать состояние, на следующее утро – резко выраженная слабость. За месяц девочка была обследована у нескольких специалистов, проведены различные исследования, органических и функциональных нарушений не выявлено. Школу не посещает из-за плохого самочувствия (что наложилось на предыдущее обучение в дистанционном формате из-за общей неблагоприятной эпидемиологической ситуации), выполнять учебные задания дома не хочет, если это приходится делать, то выполняет сугубо избирательно и вместе с мамой. Ранее охотно посещала художественную студию, теперь интерес к систематическим занятиям творчеством снизился. Когда головных болей нет, девочка дома активна, любит рисовать, смотреть мультки и кино, ездить на дачу, общаться с бабушкой и дедушкой. При знакомстве с психологом мама представилась по имени, а девочка – по имени и отчеству – «Полина Сергеевна». Рассказ мамы о сложившейся ситуации Полина слушала очень серьезно и внимательно, иногда уточняла и поправляла некоторые детали в мамином рассказе, и когда мама «исправлялась», удовлетворенно кивала. При рассказе мамы о том, что Полина много и хорошо рисует, Полина захотела, чтобы мама рассказала о том, что ее работу отобрали на конкурс и обязательно бы показала фотографию этой работы. Далее, по договоренности с мамой и Полиной, работа велась раздельно: сначала с Полиной (МСРР), затем беседа с мамой, и на завершающем этапе – с мамой и Полиной совместно.

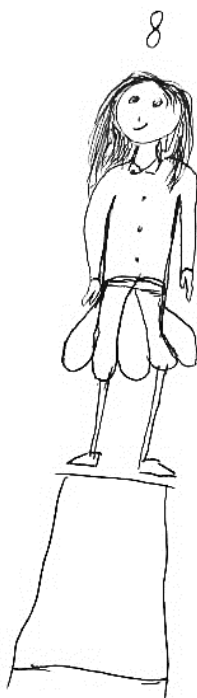


Рисунок 1. «Мой автопортрет в полный рост»

Рассказ Полины и беседа по рисунку:

– Это я, Поля. Я пошла в лес с дедушкой, мы поехали на велосипедах. Я слезла и встала на пенек. Я нашла там желудь и видела белку. Белка убежала.

– Какое у тебя здесь настроение?

– Веселое. Я просила кошечку, чтобы мне купили, и мне ее одобрили. Она такая красивая и милая, я ее очень люблю.

– Зачем Поля залезла на пенек?

– Чтобы видеть все. Там очень красивый вид на даче и речка.

– Сколько здесь Поле лет?

– Восемь (рисует цифру 8).

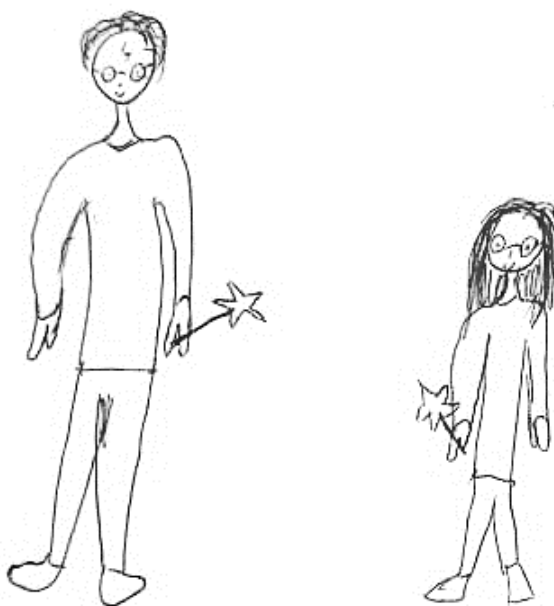


Рисунок 2. «Если бы у меня была волшебная палочка»

Рисунок на эту тему изобилует комментариями и фактически рассказ проговаривался параллельно с рисунком. «Я бы пошла на платформу 9 и $\frac{3}{4}$ со всеми остальными, когда все уезжают в Хогвартс. Я бы привязалась к кому-нибудь, я бы начала искать Гарри. После курса выдадут палочку, я бы купила палочку, и мы вместе сражались бы против зла».

Следующим был рисунок «Моя семья», который мы здесь не приводим по причине сохранения индивидуальной информации о клиенте. Полина последовательно нарисовала всех членов своей семьи, которые держатся за руки. В рисунке четко выделяются 2 подсистемы: подсистема детей, к которой отнесена и бабушка, и подсистема взрослых (мама, папа и дедушка). «Детская» и взрослая подсистемы на рисунке связаны веревочкой с бантиком. Все члены семьи мужского и женского пола одеты в брюки и только у

двух девочек (Полины и младшей сестры) – платья. На рисунке фигурки девочек очень похожи (т.е. ярко выраженная идентичность, при том, что младшая сестра находится в ясельном возрасте). Разница между Полиной и младшей сестрой на рисунке в том, что Полина выше ростом и у нее длинные волосы. Рисунок семьи очень проработан в деталях, процесс рисования также комментировался речью (рассказом), был эмоционально интонирован, изобилует спонтанными идеями и фантазированием (что и как нарисовать), шутками, забавными сравнениями и завершился следующим:

– Нам весело, мы дома и будем бороться за себя, если кто-то захочет это разрушить.

– Кто?

– Не знаю, но мы стоим за себя.

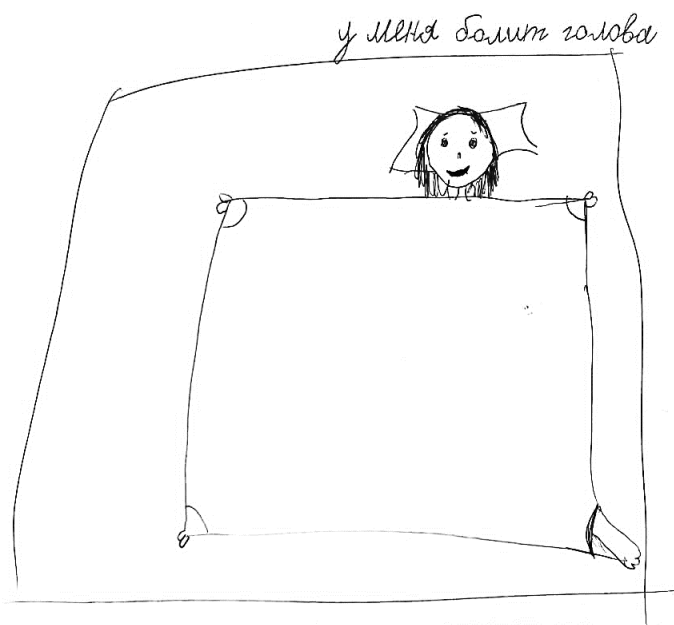


Рисунок 3. «Я лежу. У меня болит голова»

Полина перестает улыбаться: «не люблю это вспоминать». Рисует рисунок без комментариев. По просьбе психолога пишет на рисунке тему. Рассказа нет. Беседа по рисунку:

- Какое у тебя здесь настроение?
- Грустное, несчастное (Полина мнет край рисунка).
- Что может сделать Поля, чтобы голова не болела?
- Ничего (продолжает мять край листа).
- А что можно сделать на рисунке, чтобы Поле стало легче?
- Нарисовать улыбку.
- Нарисуешь? (Полина рисует улыбку несколькими штриховыми движениями сверху на изначально нарисованных «грустных губах», получается жирная четкая «скобка»).
- А кто может что-то сделать, чтобы у Поли не болела голова?
- Никто (пауза). Ничего не сможет.
- А Гарри Поттер? Он же волшебник и все может.
- Нет.

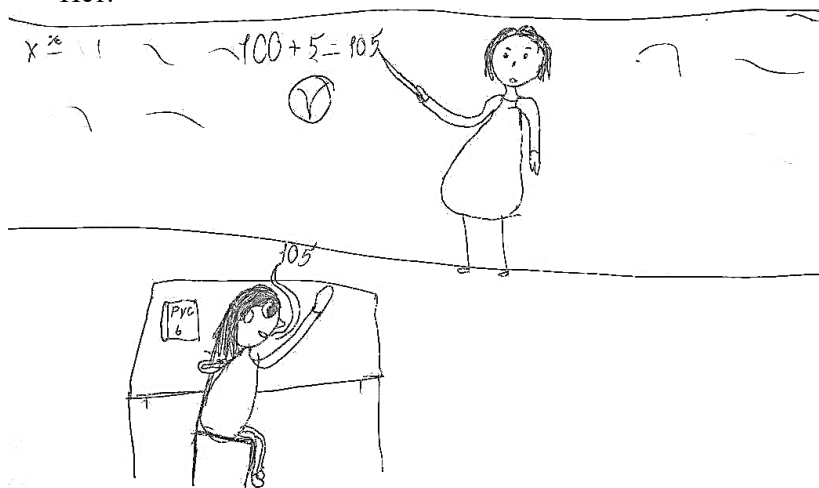


Рисунок 4. «Я в классе»

Рисунок на эту тему рисуется быстро, небрежно. Комментарии короткие, оживленные, шуточные с переходом в подсмеивание и «дурашливость»: «учительница хоть не молодая, но седая, такие волосики седенькие» (Полина смеется), «...тут огромная доска

будет...», «здесь я сижу, нос-курнос, руки на парте...», «парта моя, учебник лежит «Русь». Заканчивает рисунок со словами «я уже устала рисовать» и вопросительно смотрит на психолога. Психолог спрашивает Полину, может ли она нарисовать последний рисунок, Полина соглашается.



Рисунок 5. «Я взрослая, мне 25 лет, я работаю на своей работе»

Рассказ Полины: «Это мальчик, который заболел. Я хотела стать ветеринаром или врачом. Этот малыш сидит дома и ждет помощи. И тут я прибегаю с аптечкой!.. (появляются шутливо-веселые интонации, темп речи убыстряется). Такая с ногами прибегаю... (смеется и цитирует строчки из стихотворения). Собираюсь уходить и кидаю в воду таблетку. Он говорит: хорошо, ура!».

Анализ содержания рисунков и рассказов показывает, что Полина – девочка с живым восприятием и развитой фантазией, высоким уровнем притязаний и ярко выраженной потребностью быть в центре внимания. Эти индивидуально-личностные особенности находятся в конфликте с транслируемыми социально-одобряемыми для этого возраста способами удовлетворения потребностей. Несформированная готовность к систематическим занятиям школьным и творческим при наличии достаточного уровня волевой регуляции, проблемы общения со сверстниками при активном взаимодействии с членами семьи и окружающими

взрослыми, идентификация с инфантильными образами поведения и стремление контролировать взрослых. Имеющаяся условная выгода болезни дополняется спецификой семейной истории – еще одной моделью для идентификации – старший ребенок в семье в связи с особенностями развития получал образование только в режиме домашнего обучения.

В контексте описанного консультативного случая важно отметить своеобразную динамику эмоционального состояния Полины: от расслабленного, спокойного, уверенного к нарастающей «озабоченности» – «...ой, сколько вы написали, у вас сейчас листок кончится...может мы будем экономить бумагу?» (после двух рисунков «Мой автопортрет в полный рост» и «Если бы у меня была волшебная палочка»). И как следствие – проявление психологических защитных механизмов: достойное особое внимания завершение рассказа по рисунку «Моя семья» (см.ранее) и поведенческие проявления (готовые рисунки на столе складывались стопкой, и Полина дважды перекладывала рисунок «Моя семья» так, чтобы он был сверху над другими рисунками).

Также, обращает на себя внимание впечатляющая динамика изобразительной техники рисования: от «старательно-красивых, достойных всеобщего внимания и восхищения» рисунков в начале работы до «нарочито-небрежных» к концу работы, «достаточно некрасивых» для самой Полины, чтобы со смехом шутить над персонажами и деталями.

Метод серийных рисунков и рассказов – однократная процедура. Полученные материалы в дальнейшем могут использоваться на других этапах консультативной и психотерапевтической работы в течение длительного времени для детальной проработки вскрытых проблем и отслеживания динамики изменений.

Список литературы

1. Никольская И.М. Метод серийных рисунков и рассказов в психологической диагностике и консультировании детей и подростков: учебное пособие / И.М. Никольская. – Изд. 2-е, испр. и доп. – СПб.: Речь, 2014. – 56 с.

ЛЕВИЦКАЯ ЮЛИЯ ЛЕОНИДОВНА

кандидат психологических наук, директор Нижегородского
центра социально-коррекционных услуг «Развитие»,
г. Нижний Новгород,
levi-juli@bk.ru

**ИЗМЕНЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ РАЗВИТИЯ
РЕБЕНКА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ
ЗДОРОВЬЯ С ПОМОЩЬЮ СИСТЕМЫ
ПСИХОЛОГ-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО
СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЬИ**

Аннотация. Организация системы психолого-педагогического сопровождения семьи ребенка с ОВЗ, рассматривается как механизм изменения социальной ситуации развития особого ребенка. В статье представлен опыт работы Нижегородского коррекционного центра. Подробно описаны задачи и направления работы с родителями, позволяющие устранять факторы, искажающие социальную ситуацию развития и способствующие повышению социальной адаптации ребенка с ОВЗ.

Ключевые слова: Ребенок с ОВЗ, социальная ситуация развития, система психолого-педагогического сопровождения семьи

Помощь детям с ОВЗ сегодня является одним из приоритетных направлений систем образования, здравоохранения и социальной политики в нашей стране. В настоящее время происходит много позитивных процессов, призванных изменить социальную ситуацию развития особого ребенка:

- создаются целые межведомственные системы сопровождения семей, имеющих детей с ОВЗ,
- в сфере медицины, психологии, педагогики разрабатываются новые эффективные методы и приемы коррекции,
- интенсивно идет процесс подготовки профессиональных кадров,

и тем не менее, как показывает практика, всех этих внешних условий оказывается недостаточно для того, чтобы достичь действительно значимых результатов в социальной адаптации детей с ОВЗ. Недостаточно именно потому, что эти условия остаются

внешними, и чтобы их преломить, использовать в жизненной практике, должны быть созданы еще и внутренние условия, которые не менее значимы для создания адекватной социальной ситуации развития ребенка с ОВЗ. Речь идет о семье. Именно родители являются той пуповиной, которая связывает ребенка с социумом и только от них зависит смогут ли они и будут ли сами создавать необходимые условия для развития своего ребенка в рамках семьи и ближайшего окружения и использовать те условия, которые уже созданы в обществе.

В практике работы мы встречаемся с разными ситуациями развития особого ребенка и анализируя их, хотелось бы выделить несколько типичных.

Ситуация 1. Родители знают диагноз ребенка и стремятся создать для него максимальные условия. Ребенок регулярно посещает коррекционное учреждение, дополнительные методы медицинской и педагогической коррекции, лечится в санаториях. Родители используют все что доступно и как можно больше, и подчас не учитывают объем помощи и возможности самого ребенка или сочетаемость методов. При этом, активно используя внешние условия, не меняют условия внутренние. Уповают лишь на специалистов медицинского и педагогического профиля.

Ситуация 2. Ребенок получает некоторый минимум помощи на уровне внешних условий. Диагноз ребенка известен, но взрослые занимают пассивную позицию, по разным причинам: кто-то не может (не кому водить ребенка в коррекционную группу), кто-то до поры до времени не понимает, что проблема в развитии сама собой не исчезнет и ребенку нужна помощь, а кто-то просто не хочет использовать предлагаемые условия (не хочет, чтобы ребенок находился среди сверстников с аналогичными проблемами, посещал коррекционный класс или специализированную группу).

Ситуация 3. Родители не знают о проблемах в развитии ребенка или не хотят их замечать и поэтому никуда не обращаются, пока учитель или воспитатель не начинает бить тревогу, соответственно внешние условия (коррекционную помощь и лечение) не используют.

Конечно мы взяли не все ситуации, кроме того, намеренно исключили те, в которых ребенок оказывается, если растет в неблагополучной семье.

Подытоживая вышесказанное хочется отметить, что социальная ситуация развития чаще всего складывается стихийно, спонтанно, этим процессом никто не управляет, а ведь это та ткань жизни в которой растет и развивается ребенок. От ее качества зависит социальная адаптация и успешность ребенка в социуме. Даже в самых заинтересованных семьях, готовых помогать ребенку, мы наблюдаем одни и те же проблемы:

- взрослые зачастую не знают, что делать и куда обращаться, если заметили неблагополучие в развитии ребенка или кто-то обозначил проблему (педагог, врач)

- искажены детско-родительские отношения, тотальная гиперопека (все делают за ребенка)

- родители не знают, чем и как помогать ребенку дома

- не знают, чем помочь ребенку в учебном процессе, как наладить эффективные отношения педагогов с ребенком и отношения ребенка со сверстниками

- не могут сформировать навыки самообслуживания (в раннем и дошкольном, младшем школьном возрасте)

- искажают границы дневного и ночного сна (в дошкольном возрасте пренебрегают дневным сном или поздно укладывают ребенка в 22–23.00, учат уроки до 23–24.00)

- бесконтрольно и неуместно используют гаджеты (во время еды или как способ занять свободное время ребенка)

- не управляют поведением ребенка дома

- не понимают специфику коррекционного процесса, прерывают или уходят из коррекционного процесса по своему усмотрению, не получив результат

- и многие другие проблемы.

Становится понятно, семье ребенка с ОВЗ нужна помощь в изменении социальной ситуации развития. Работа с семьей особого ребенка является самой кропотливой, длительной, тонкой и наиболее сложной в коррекционном процессе, так как затрагивает не только внешние, но и внутренние изменения всей системы отношений в семье. Наиболее глубокие трансформации связаны с

личностными изменениями родителей. А это совсем не просто и, естественно, не каждая семья на это способна.

Сегодня мы хотим поделиться интересным опытом психолого-педагогического сопровождения семьи особого ребенка, накопленным за 17 лет практической работы в рамках Нижегородского коррекционного центра «Развитие». Для того чтобы семья смогла изменить ситуацию в которой растет и развивается ребенок необходимо решить четыре группы задач.

1. Информационная поддержка

2. Выделение, учет и оценка всех факторов, постоянно действующих на ребенка в данной жизненной ситуации

3. Помощь семье, в приобретении практических родительских компетенций.

4. Психотерапевтическая помощь

Рассмотрим подробнее.

Всем взрослым, принимающим участие в воспитании ребенка (не только родителям, но и бабушкам, другим членам семьи, няням) детей с ОВЗ требуется информационная поддержка. Она позволяет решить следующие задачи.

- Устранить нехватку знаний о закономерностях развития и особенностях воспитания детей на разных возрастных этапах, которая не позволяет взрослым ориентироваться в ситуации развития ребенка, своевременно увидеть проблемы, обращаться за помощью к специалистам, в дальнейшем выбирать правильные способы управления поведением ребенка и стратегии общения с ним. Взрослым нужны доступные знания об особенностях детей с конкретным нарушением развития.

- Информационная поддержка нужна, чтобы противостоять избыточной и не достоверной информации о проблеме ребенка, хаотично полученной родителями из интернета или других источников. Такая информация как правило, вызывает страх, недоверие, панику, депрессию и тяжелые переживания родителей, повышает их деструктивные защиты. Родителям необходимо получить объективную информацию, позволяющую адекватно воспринимать особенности развития ребенка, понимать его возможности в каждом конкретном случае и перспективы его дальнейшего развития и социализации.

- Родителям необходимо показать особую динамику психокоррекционного процесса не как планомерного, поступательного движения, а скачкообразного, предполагающего ускорение и замедление движения. А также важно определить, в чем будут видны изменения в развитии и как их увидеть. Формирование у родителей правильных ожиданий в начале коррекционного процесса помогает им не опускать руки в ситуациях, когда накопительный период количественных изменений долго не позволяет увидеть качественного скачка в психическом развитии и может восприниматься как ухудшение состояния ребенка;

- Информационная поддержка влияет на изменение некоторых установок родителей, способствует четкому пониманию задач, которые необходимо решить и правильной расстановке приоритетов. Это помогает взрослым сориентироваться в ситуации, в которой находится ребенок и семья, посмотреть на ситуацию со стороны и переоценить ее, понять, чем можно помочь ребенку дома и за его пределами, что, в конечном итоге, позволяет взрослым почувствовать себя увереннее.

- Теоретический блок способствует формированию доверия между родителями и специалистами, помогает научиться говорить на одном языке. Как показывает практика одни и те же задачи могут пониматься и решаться родителями и специалистами по-разному. Например, задача «помочь ребенку» – понимается родителем как конкретное действие – одеть, накормить, исправить ошибки в упражнении, фактически сделать за ребенка. В понимании специалистов, помочь – значит создать такие условия, при которых ребенок сможет сделать сам. Это гораздо сложнее, и требует от ребенка выхода из зоны комфорта, а соответственно преодоления себя, поскольку это связано с повышением напряжения эмоционального и интеллектуального в том числе.

Задачу информатизации родителей мы решаем с помощью теоретического курса школы для родителей «Осознанное родительство».

Вторая группа задач направлена на выделение и оценку всех факторов, постоянно действующих на ребенка в данной жизненной ситуации.

Необходимо не только учесть все факторы, влияющие на психическое развитие ребенка, но и определить те, которые воздействуют не благоприятно, т.е. препятствуют развитию. Важно попытаться ослабить их влияние или устранить вовсе. В числе важных факторов, подлежащих обязательной оценке мы выделяем:

- наличие медицинской помощи, ее доступность и регулярность, наличие диагноза;
- варианты включения ребенка в общение со сверстниками (постоянная, временная или случайная группа)
- включение ребенка в социум (посещает ли ребенок д/с, школу и режим посещений)
- наличие коррекционной помощи, согласованность и целесообразность способов коррекционной помощи, особенно, если ребенок получает ее в нескольких местах.
- нагрузку на ребенка в течение дня, совокупную нагрузку в течении недели, наличие режим дня;
- полноценность и сформированность сна, как важный показатель состояния ЦНС;
- детско-родительские и внутрисемейные отношения;
- использование других возможностей социума для развития;

Мы считаем, что управление социальной ситуацией развития со стороны родителей будет выражаться в осмысленном и активном подходе к посильному изменению неблагоприятных факторов и их сочетания на развитие ребенка.

Помощь семье, в приобретении практических родительских компетенций – это третья группа задач.

- Здесь мы работаем над коррекцией детско-родительских и внутри семейных отношений;
- Обучаем родителей практическим приемам и эффективным методам взаимодействия с детьми;
- Стремимся повысить адекватность отношения, поведения и требований к ребенку со стороны родителей и других взрослых из ближайшего окружения ребенка.

Мы уверены в том, что сопровождение семей через практические занятия специалистов со взрослыми из ближайшего окружения ребенка необходимы на протяжении всего процесса коррекционной работы. Построение поэтапных стратегий поведения

родителей в каждом конкретном случае, является необходимым элементом помощи семье. Задачи, поставленные совместно (специалистами и родителями) на основе диагностики зоны ближайшего развития ребенка, четко планируемый результат работы, находящийся в зоне шаговой доступности для ребенка и родителей, помогают взрослым осознанно менять свое поведение в соответствии с разработанной стратегией. Это позволяет родителям видеть достижения ребенка (на ограниченном временном этапе) как результат собственных усилий, избавиться от неоправданных ожиданий, неадекватных требований, вселяет уверенность взрослых в том, что они успешны, компетентны в вопросах воспитания ребенка и помощи ему в развитии. Анализ динамики продвижения ребенка в развитии, совместно (специалистами и родителями), позволяет усложнять коррекционную программу, поддерживает адекватность требований взрослых.

Четвертая группа задач направлена на оказание психотерапевтической помощи членам семьи, в первую очередь – родителям, что позволяет им принимать сложную жизненную ситуацию, особенно это важно в тех случаях, когда проблемы ребенка носят выраженный и пролонгированный характер.

Сложность жизненной ситуации родителей связана с длительной депривацией потребностей взрослых, особенно матерей, когда большинство этих потребностей, не могут удовлетворяться в силу особого состояния ребенка. Нехватка, а порой отсутствие личного времени, невозможность реализовываться профессионально, нарушение жизненных планов, невозможность увидеть жизненные перспективы, переживание родительской неуспешности, чувство вины, охлаждение отношений в паре, все это может негативно сказываться на эмоциональном состоянии родителей, приводить к депрессивным состояниям и деструктивным защитам. Отказ одного из родителей от собственных потребностей, приводит к его симбиотической связи с ребенком и блокирует позитивные перспективы развития и самого взрослого и ребенка. Изменить ситуацию, в лучшую сторону помогает:

– общение родителей в сообществе взрослых, сталкивающихся с аналогичными проблемами в развитии детей, и имеющими опыт проживания и преодоления, отдельных особых ситуаций;

- осознанное расширение круга поддержки семьи, привлечение родственников, друзей, знакомых для помощи родителям в воспитании и уходе за ребенком с ОВЗ;

- понимание родителями своих потребностей и, осознанный поиск способов их удовлетворения, как необходимое условие позитивного развития самого взрослого, ребенка и семьи в целом. Родители, не умеющие себя восполнять эмоционально позитивно, не могут помочь в развитии своему ребенку на длинной временной дистанции;

- родителям важно дать возможность увидеть перспективу социализации детей с конкретным видом нарушения. Нужны позитивные примеры социализации детей с ОВЗ, на разных возрастных этапах, на этапах обучения в начальной, средней школе (общей и специальной), получения ими профессионального образования, перспективу освоения профессиональной деятельности, возможности создания семьи и другие варианты социальной успешности;

Как же практически организовать процесс сопровождения семьи особого ребенка таким образом, чтобы включить в него все многообразие задач, да еще таким образом, чтобы в итоге родители стали активно участвовать в изменении социальной ситуацией развития своего ребенка?

Решение всех четырех групп задач происходит последовательно через различные формы и форматы занятий. От теоретической интерактивной Школы для родителей через построение программы общей коррекции, к индивидуальным практическим родительским занятиям, и разработке пошаговых стратегий действий, далее к практико-ориентированным семинарам «1,5 часа и одной проблемой меньше», клубам психотерапевтической поддержки «Родительская песочница» и «Надежда», проектам по социальной адаптации, встречам родителей с узкими специалистами медицинского и не медицинского профиля, родительским собраниям и другим формам работы.

Нужно отметить, что в течение года на сопровождении в центре находится несколько десятков семей. Каждая семья прикрепляется к одному из ведущих специалистов центра. Начинается работа с семьей с тщательного анализа социальной ситуации раз-

вития ребенка. После выделения, учета и оценки всех постоянно действующих факторов, влияющих на психическое развитие ребенка в рамках семьи и ближайшего окружения идет поиск способов воздействия на эти факторы со стороны родителей и составляется программа общей коррекции. Ведущий специалист осуществляет пошаговую работу с родителями и другими близкими взрослыми, принимающими непосредственное участие в воспитании ребенка, обучает, направляет родителей, помогает решать текущие проблемы по мере их появления, выстраивать шаги по социализации ребенка, при необходимости по социальной адаптации всей семьи. Кроме того, он контролирует динамику развития и продвижения ребенка в центре и за его пределами, курирует командную работу педагогов, если с одним ребенком работают несколько специалистов. Ведущий специалист подготавливает все сопровождающие документы, будь то заключения для ПМПК, комиссии по инвалидности или практические рекомендации для педагогов, работающих с ребенком в образовательной организации, в отдельных случаях поддерживает связь с педагогами, психологами образовательного учреждения, в котором находится ребенок, по необходимости может их консультировать.

По мере появления позитивных изменений в поведении, развитии, социальной адаптации ребенка, родители начинают действовать более самостоятельно и уверенно, понимают куда и как двигаться дальше, могут самостоятельно намечать пути накопления ребенком необходимого социального опыта.

Мы абсолютно уверены, что активность и ответственность родителей, а не специалистов должна стать приоритетной в оказании помощи ребенку. Таким образом, сопровождение семьи ребенка с ОВЗ является основным механизмом изменения социальной ситуации развития ребенка.

Список литературы

1. Левицкая Ю.Л., Чеван Н.О., Семья как объект помощи и субъект самопомощи: практики лечения и ухода за больными членами семьи. Детский коррекционный центр «Развитие». Опыт работы с семьями, имеющими детей ОВЗ. С 848-853//сборник Здоровье как ресурс:V, 2.0/

Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой – Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2019. – 923 с.

2. Левицкая Ю.Л. Комплексный подход к повышению адаптационных возможностей детей с РАС в рамках нижегородского коррекционного центра «Развитие» С57-74// «Клиническая психология в здравоохранении, образовании и социальной сфере: онтогенетически ориентированные подходы»: Сборник докладов Всероссийской межведомственной научно-практической конференции, Нижний Новгород, 17 февраля 2022 г. – Н. Новгород: ННГУ им. Н.И. Лобачевского, 2022. – 120 с.

СЕМЕНОВА ЛИДИЯ ЭДУАРДОВНА

доктор психологических наук, доцент, профессор кафедры
общей и социальной психологии

Нижегородского государственного университета
им. Н.И. Лобачевского
г. Нижний Новгород
verunechka08@list.ru

**НОВЫЕ ВЫЗОВЫ ПАНДЕМИИ COVID-19:
ИССЛЕДОВАНИЯ РОССИЙСКИХ ПСИХОЛОГОВ
(КРАТКИЙ АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР)**

Аннотация. В данной статье представлены результаты краткого аналитического обзора российских исследований по проблеме психологического воздействия пандемии и карантина на представителей разных социальных групп, опубликованных в 2020-2022 годах в центральной научной периодике. Обозначен круг интересующих психологов вопросов, среди которых психологические эффекты во время карантина и психологические последствия пандемии, специфика отношения к пандемии и самоизоляции, а также личностные ресурсы преодоления трудностей в ситуации пандемии и самоизоляции.

Ключевые слова: пандемия, психологические последствия пандемии, отношение к пандемии, личностные ресурсы.

По оценкам многих специалистов, одним из важнейших социокультурных трендов последних десятилетий стал рост социального пессимизма [10, с. 21]. Глобальный кризис, связанный с пандемией COVID-19, еще более усилил этот тренд.

Пандемия COVID-19 стала серьезным вызовом человечеству в начале третьего десятилетия XXI века, создав беспрецедентное чрезвычайное положение, вызванное высоким риском заражения и угрозы жизни и здоровью буквально для каждого человека. Несмотря на все достижения медицинской науки и практики мир оказался не готов к такому масштабному вызову, хотя с пандемией он сталкивался уже не однократно.

Ответом на этот вызов стали радикальные государственные меры (включая ограничения социальных контактов и самоизоляция

цию), самоотверженный труд врачей, разработка новой вакцины, массовое волонтерское движение, и, конечно же, различного рода исследования, позволяющие лучше понять происходящее и наметить пути выхода из сложившейся опасной для жизни и благополучия ситуации.

Не осталась в стороне и психологическая наука и практика. В частности, с психологической точки зрения, пандемия COVID-19, создавшая реальные препятствия для удовлетворения многих актуальных потребностей людей разных возрастов и потребовавшая серьезной перестройки образа жизни и стиля деятельности, была признана источником стресса и негативных (травматичных) эмоциональных переживаний, роста различного рода защитных реакций (не только конструктивных, но и деструктивных), резкого увеличения риска психологического неблагополучия [9], а к числу ее долгосрочных эффектов были отнесены тревога о будущем, снижение доверия к государству, распространение веры во враждебность мира, сдвиг общества к консервативным ценностям и некоторые другие [4; 6].

В данном исследовании мы остановились на анализе проводимых российскими психологами исследованиях, касающихся проблем связанных с пандемией COVID-19.

Что именно интересовало российских психологов? Какие проблемы стали предметом их изучения, и к каким выводам пришли авторы исследований? На эти вопросы мы попытались дать ответы в рамках своего аналитического обзора научных публикаций ряда российских периодических изданий.

Предметом нашего анализа стали психологические исследования, представленные в публикациях 2020–2022 годов пяти центральных научных журналов, а именно:

- «Клиническая и специальная психология» (БАК, WoS, Ядро РИНЦ);
- «Экспериментальная психология» (БАК, WoS, Ядро РИНЦ);
- «Социальная психология и общество» (БАК, WoS, Scopus, Ядро РИНЦ);
- «Культурно-историческая психология» (БАК, WoS, Scopus, Ядро РИНЦ);
- «Современная зарубежная психология» (БАК, Ядро РИНЦ).

Всего нами было обнаружено и проанализировано 35 статей по проблемам, имеющим отношение к пандемии COVID-19. Большинство из них было опубликовано в журналах «Социальная психология и общество» (14 статей) и «Современная зарубежная психология» (11 статей).

Примечательно, что многие из проанализированных нами исследований были организованы и проведены уже в первые месяцы пандемии (марте-апреле 2020 года), т.е. уже в первые дни академические психологи, как и врачи, не сидели без дела и пытались осмыслить происходящее. Однако наибольшее количество публикаций подобного рода приходится на 2021 год, тогда как в 2022 году они уже становятся единичными.

Как убедил нас предпринятый анализ опубликованных исследований, в абсолютном большинстве случаев затрагиваемая в них проблематика в той или иной степени соответствует предмету и проблемному полю клинической психологии. В частности, обобщение результатов опубликованных исследований сделало возможным обозначить в качестве центральной проблемы изучение психологических последствий воздействия пандемии на личность, разные группы населения и общество в целом. При этом более детальный анализ позволил выделить следующий круг основных исследовательских проблем:

- Психические состояния и, прежде всего, эмоциональные трудности, с которыми столкнулись представители разных групп населения, а именно:

- связь восприятия пандемии COVID-19 с эмоциональным состоянием личности;

- переживание страха перед коронавирусом заболеванием, а также специфика проявления тревоги, депрессии, стресса и посттравматического стрессового расстройства, включая беременных женщин в период пандемии;

- поиск факторов риска развития эмоциональных расстройств у различных категорий населения в период пандемии, в том числе роль СМИ в формировании тревожности и страхов (проблема инфодемии), а также психологических факторов, снижающих уровень травматизации страхом у представителей различных социально-демографических групп.

Отметим, что эта группа проблем оказалась самой многочисленной. На ее долю пришлось около 33% исследований.

- Во многом близкими к выше обозначенной группе оказались еще две проблемы, первая из которых касалась воздействия ситуации COVID-19 на психическое здоровье разных групп населения и факторов психолого-психиатрического риска, а вторая – различных проявлений психосоматики в условиях пандемии (особенности соматоперцепции – внутренней картины COVID-19, психогенно обусловленные расстройства дыхания, в частности, связь дисфункциональности дыхания с эмоциональным состоянием личности). На долю первой проблемы пришлось 11,5% исследований; на долю второй – около 6%.

- Еще одной достаточно часто обсуждаемой в исследованиях оказалась проблема последствий влияния карантина и самоизоляции на разные аспекты жизнедеятельности людей, среди которых:

- изменения формата образования в условиях ограничительных мер и их влияние на мотивацию учащихся;
- особенности трансформации семейных отношений в ситуации изоляции;
- влияние на развитие детей социальных ограничений и характера взаимоотношений с ними родителей в условиях самоизоляции, зависимость этих взаимоотношений от уровня стресса родителей и их восприятия стрессогенной ситуации;
- новые тенденции в социализации молодежи в условиях пандемии COVID-19.

В общей сложности численность таких исследований достигла 23%.

- Отношение населения (в основном студенческой молодежи) к различным аспектам пандемии. В частности, предметом исследований в рамках этой проблемы становились:

- социальные представления о пандемии и мерах борьбы с ней;
- вера россиян в конспирологические теории происхождения коронавируса;
- специфика отношения к разным вариантам поведения в условиях пандемии.

Общая численность таких исследований составила 11,5%.

- Личностные ресурсы преодоления трудностей в ситуации пандемии и самоизоляции, среди которых исследователей, прежде всего, интересовали особенности используемых стратегий совладания и степень их эффективности, включая стрессоустойчивость и базисные убеждения личности.

Общая численность таких исследований составила 8,5%.

- Любопытно, что только в качестве единичных были представлены исследования, посвященные изучению особенностей психики в условиях пандемии представителей ряда профессиональных групп, общая численность которых не превышала 6%. В частности, речь идет о сотрудниках органов внутренних дел, у которых изучались специфика копинг-поведения, уровень воспринимаемого стресса, динамика психических состояний и в целом «картина мира», а также, как это не парадоксально, всего лишь об одном исследовании с участием медицинских работников с разным профессиональным опытом (студенты и практикующие врачи), целью которого также стало изучение уровня воспринимаемого стресса и преобладающих копинг-стратегий поведения.

Кроме того, в ходе осуществленного нами анализа были выявлены некоторые общие особенности большинства исследований, проводимых российскими психологами в условиях распространения коронавирусной угрозы:

- преобладание дистанционного формата сбора данных;
- сокращение разнообразия и объема диагностического инструментария;
- как правило, привлечение масштабных выборок.

В целом, с опорой на имеющиеся в проанализированных исследованиях данные, нам удалось обозначить наиболее важные выводы, так называемые психологические уроки пандемии:

- группу риска психологической травматизации, подверженности развитию депрессивной симптоматики и тревожных состояний в сложной, экстремальной ситуации высокой напряженности и угроз, какой в данном случае является пандемия, помимо медицинских работников, особенно тех, кто непосредственно контак-

тирует с заболевшими, также составляют пациенты с наличием каких-либо хронических заболеваний и проблем с псих(олог)ическим здоровьем до начала пандемии, беременные женщины, люди, потерявшие работу и столкнувшиеся с утратой;

- опыт перенесения заболевания COVID-19 или наличие родственников, переболевших коронавирусной инфекцией, меняют восприятие пандемии в сторону увеличения угрозы, уменьшения предсказуемости и необходимости контроля, при этом оценка угрозы от пандемии выполняет опосредующую роль между страхом новой неизвестной болезни и возможностью ее контроля;

- обнаружена связь конспирологических убеждений относительно происхождения пандемии коронавируса с верой в справедливый мир, социальным цинизмом, низкой самоэффективностью, институциональным недоверием, в том числе к системе здравоохранения, и скептическим отношением к вакцинации, а также с вовлеченностью личности в сетевые коммуникации [7]; в частности, на основе полученных данных Т.А.Нестик и соавторы выделяют следующие характеристики так называемого «синдрома конспиролога» в условиях пандемии COVID-19: социальный цинизм, низкий уровень доверия к социальным институтам, вера в справедливый мир, низкая самоэффективность, уважение к авторитетам и лояльность к представителям своей группы, основанная на консервативных моральных установках [7];

- в ходе изучения социальных представлений о пандемии и средствах индивидуальной защиты студентов – будущих психологов установлена их озабоченность, прежде всего, собственным дискомфортом и неудобством от соблюдения мер безопасности и ограничений, и, к сожалению, минимальная просоциальная направленность их взглядов, в частности, отсутствие заботы о других людях, что косвенно характеризует их личность, как мало соответствующую специфике помогающей деятельности;

- негативные последствия угрозы заражения и изоляции в ситуации пандемии существенно снижаются при использовании личностью адекватных ситуации копинг-стратегий (принятие, позитивная переоценка), а также в случае эмоциональной поддержки от членов семьи, согласованности их взглядов на необходимые повседневные изменения [5];

- в качестве основных личностных ресурсов эффективного преодоления трудностей в условиях пандемии определены следующие стратегии: 1) стратегия «Я», предполагающая осмысление, самоорганизацию, поддержание физической формы и саморазвитие; 2) стратегия «Другие», включающая помощь, эмоциональную поддержку не только близким, но и незнакомым людям; 3) стратегия «Жизненное пространство», предполагающая работу с пространством дома по его обустройству под свое «Я» (интересы, возможности и т.п.), расширению его многофункциональности и регулярному поддержанию чистоты [1];

- к числу значимых психологических ресурсов профилактики страха перед коронавирусом заболеванием и связанных с ним негативных психоэмоциональных состояний отнесены убеждение личности в ценности и значимости собственного «Я» [2], высокий уровень стрессоустойчивости и выраженность базисных убеждений личности [3], а также принятие сложности и противоречивости социального мира наряду с отсутствием установки о влиянии судьбы на жизнь человека [8].

В заключении, подводя итоги предпринятому анализу научных публикаций, отметим, что, на наш взгляд, и спустя три года после начала пандемии по-прежнему сохраняют свою актуальность исследования, связанные с ее долгосрочными последствиями и ретроспективным анализом психологических детерминант позитивного и негативного функционирования личности и ее субъектной активности в угрожающей жизни и здоровью ситуации.

Список литературы

1. Баранова В.А., Дубовская Е.М., Савина О.О. Опыт жизнедеятельности и ресурсы преодоления трудностей социальной изоляции в первый период пандемии COVID-19 у студентов // Социальная психология и общество. – 2021. – Т. 12. – № 1. – С. 10–25. DOI: <https://doi.org/10.17759/sps.2021120102>
2. Гриценко В.В., Резник А.Д., Константинов В.В., Маринова Т.Ю., Хоменко Н.В., Израйлович Р. Страх перед коронавирусом заболеванием (COVID-19) и базисные убеждения личности // Клиническая и спе-

циальная психология. – 2020. – Т. 9. – № 2. – С. 99-118. DOI: 10.17759/cpse.2020090205

3. Гриценко В.В., Резник А.Д., Константинов В.В., Гужва И.В., Маринова Т.Ю., Израйловиц Р. Психологические ресурсы совладания со страхом перед COVID-19 и негативными психоэмоциональными состояниями у студентов России и Казахстана // Культурно-историческая психология. – 2022. – Т. 18. – № 4. – С. 47-58. DOI: <https://doi.org/10.17759/chp.2022180405>

4. Кононов А.Н. Тревога о будущем в условиях пандемии коронавирусной инфекции: исследование методом контент-анализа // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. – 2020. – № 3. – С. 18-28.

5. Крюкова Т.Л., Екимчик О.А., Опекина Т.П., Шипова Н.С. Стресс и совладание в семье в период самоизоляции во время пандемии COVID-19 // Социальная психология и общество. – 2020. – Т. 11. – № 4. – С. 120-134. DOI: <https://doi.org/10.17759/sps.2020110409>

6. Нестик Т.А. Влияние пандемии COVID-19 на общество: социально-психологический анализ // Институт психологии Российской академии наук. Социальная и экономическая психология. – 2020. – Т. 5. – № 2(18). – С. 47-82. DOI: 10.38098/ipran.sep.2020.18.2.002

7. Нестик Т.А., Дейнека О.С., Максименко А.А. Социально-психологические предпосылки веры в конспирологические теории происхождения COVID-19 и вовлеченность в сетевые коммуникации // Социальная психология и общество. – 2020. – Т. 11. – № 4. – С. 87-104. DOI: <https://doi.org/10.17759/sps.20201100407>

8. Муращенкова Н.В. Социальные аксиомы и страх перед COVID-19: мультигрупповой анализ связи у студенческой молодежи трех стран // Социальная психология и общество. – 2022. – Т. 13. – № 2. – С. 89-108. DOI: <https://doi.org/10.17759/sps.2022130207>

9. Семенова Н.Д. К вопросу о психологических последствиях пандемии COVID-19: обзор // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2022. – № 1-2. – С. 19-24.

10. Человек в условиях глобальных рисков: социально-психологический анализ / Под ред. Т.А. Нестика, А.Л. Журавлева. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2020. – 594 с.

СЕМЕНОВА ЛИДИЯ ЭДУАРДОВНА

доктор психологических наук, доцент, профессор кафедры
общей и социальной психологии

Нижегородского государственного университета
им. Н.И. Лобачевского
г. Нижний Новгород
verunechka08@list.ru

КРАШЕНИННИКОВ РОМАН АЛЕКСЕЕВИЧ

учащийся магистратуры по направлению «Психология»
(профиль «Клиническая психология»)

Приволжского исследовательского медицинского университета
г. Нижний Новгород
winsent252@gmail.com

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ
И ПОТРЕБНОСТЬ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
С РАЗЛИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ
МУЖСКОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ**

Аннотация. В данной статье представлены результаты пилотного исследования психологического благополучия мужчин молодого возраста с учетом варианта проявлений их мужской идентичности (патриархатной, гибридной или альтернативной), становление которой происходит в процессе гендерной социализации. По итогам данного исследования установлено, что наиболее высокие показатели психологического благополучия наблюдаются у молодых с патриархатной мужской идентичностью, а также констатирован факт, что у обращающихся за психологической помощью мужчин с альтернативной мужской идентичностью отмечается наличие более четких жизненных целей.

Ключевые слова: психологическое благополучие, мужская идентичность, психологическая помощь, молодые мужчины.

В современном мире многозадачности, непредсказуемости и неопределенности, в условиях постоянного роста глобальных рисков и социальной нестабильности, с одной стороны, и повышения значимости качества жизни, с другой, во многих сферах

научного знания и практики на повестку дня выходит проблема психологического благополучия личности [1; 2; 3; 4; 11 и др.].

Ее разработка впервые началась во второй половине XX столетия в период интенсивного роста гуманистических тенденций и, прежде всего, связана с именами Н.Брэдберна, Э.Динера, А.Маслоу, Г.Олпорта, К.Рифф, М.Селигмана, М.Яходы и др.

В аналитических исследованиях, посвященных проблеме психологического благополучия личности, как правило, указывается на наличие двух основных подходов к трактовке и разработке этого феномена, а именно: гедонистического и эвдемонистического [14]. Подчеркнем, что в русле второго подхода психологическое благополучие рассматривается в контексте позитивного функционирования личности, основным маркером которого является личностный рост, считающийся одновременно в концепции Кэрол Рифф одним из структурных компонентов психологического благополучия [16].

Как известно, позитивное функционирование личности во многом зависит от социокультурных условий, которые обеспечивают возможности для личностного роста каждого конкретного индивида, содействуя или препятствуя ему.

К числу этих социокультурных условий относятся гендерные нормы и стандарты, лежащие в основе процесса гендерной социализации и становления гендерной идентичности личности [5; 13 и др.].

Изменившиеся в современном мире условия гендерной социализации, обусловленные в том числе наметившейся в культуре постмодерна тенденцией вариативности социальных норм, включая гендерные, привели не только к реальной трансформации женской и мужской идентичности, но и к пересмотру научных представлений о женственности и мужественности, признанию специалистами существования разных вариантов проявления как женской, так и мужской идентичности [5; 7; 8; 9; 10; 13; 15]. Одним из первых факт вариативности гендерной идентичности обосновал Роберт Коннелл (ныне Рэйвин Коннелл), который, в частности, ввел в науку понятие гегемонной маскулинности как одного из вариантов мужской идентичности [6].

В рамках проводимого нами пилотного исследования нас интересовали представители мужского пола и, соответственно, мужские идентичности, точнее, специфика психологического благополучия и потребность в психологической помощи у лиц мужского пола с разными вариантами проявления мужской идентичности.

Необходимо подчеркнуть, что современные специалисты признают существование нескольких вариантов проявления мужской идентичности, которые включают в себя не только традиционные (приверженность патриархатным нормам мужественности [5]), но и нетрадиционные (например, метросексуальность как одна из форм альтернативного типа идентичности) [7; 8; 9; 10; 15].

Так, согласно данным исследований Н.К.Радиной и А.А.Никитиной [10], выделяются три основных типа мужской идентичности:

1. Патриархатный тип, имеющий три варианта – гегемонный, компенсаторный и «мягкий». Гегемонная патриархатная идентичность основана на патриархатных / традиционных нормах мужественности, доминировании над женщинами, сексистском отношении к ним. Компенсаторная патриархатная идентичность предполагает ориентацию на принцип гендерного неравенства в пользу мужчин, но вместе с тем отсутствие установки на строгое соблюдение традиционных норм мужественности. Также исследователи выделяют «мягкую» патриархатную идентичность, для которой характерна слабая выраженность следования стереотипным нормам мужественности.

2. Альтернативный тип мужской идентичности, представленный двумя вариантами – метросексуальной и эгалитарной идентичностями, предполагающими отход от гендерной дискриминации (идеологии и практики сексизма). При этом метросексуальная идентичность характеризуется ярко выраженной центрированностью на собственном внешнем виде, а эгалитарная – ориентацией на гендерное равенство.

3. Гибридный тип мужской идентичности является промежуточным между альтернативным и патриархатным и представлен двумя вариантами – гегемонно-метросексуальным (рискованным) и гегемонно-метросексуальным (нерискованным), каждый из ко-

торых отличается одновременной ориентацией на патриархатные нормы мужественности и ее новые стандарты совершенствования своей внешности при разной степени готовности к риску.

Что же касается непосредственно интересующего нас вопроса психологического благополучия мужчин с разными вариантами проявления мужской идентичности, то на сегодняшний день он, к сожалению, остается мало изученным. Однако сразу же оговоримся, что ранее нами уже проводилось исследование, посвященное психологическому благополучию юношей-старшеклассников с разными вариантами мужской идентичности [12], которое показало, что наиболее благополучными являются юноши с альтернативными вариантами развития мужской идентичности, а наименее благополучными – с гибридным типом идентичности. При этом также констатирован факт преобладания у старшеклассников патриархатных вариантов развития мужской идентичности.

В нашем очередном пилотном исследовании в качестве испытуемых выступили мужчины молодого возраста в количестве 40 человек. 80% из них имеют высшее образование, 35% состоят в браке или в романтических отношениях. Также 75% из них самостоятельно обращались за психологической помощью.

Для определения варианта проявления мужской идентичности мы использовали опросник «Я и другие мужчины», разработанный Н.К.Радиной и А.А.Никитиной [10]. При изучении психологического благополучия мы опирались на концепцию К.Рифф и созданную ею методику «Шкала психологического благополучия» в адаптации Т.Д.Шевеленковой и П.П.Фесенко [16], которая позволяет оценить как общий уровень психологического благополучия, так и степень выраженности его основных компонентов (позитивные отношения с другими, автономия, управление средой, личностный рост, цели в жизни, самопринятие).

Нами были сформулированы следующие гипотезы:

1. Наиболее высокие показатели психологического благополучия будут наблюдаться у молодых мужчин с альтернативным типом мужской идентичности.

2. Более высокие показатели психологического благополучия будут наблюдаться у мужчин, которые обращались за психологической помощью.

Согласно полученным в нашем пилотном исследовании результатам, у 10% испытуемых (4 человека) было констатировано наличие патриархатной мужской идентичности, у 20% (8 человек) – гибридной мужской идентичности, тогда как самой многочисленной группой оказались испытуемые с альтернативной мужской идентичностью – 70% (28 человек).

Подчеркнем, что эти результаты расходятся как с данными нашего предыдущего исследования с участием юношей-старшеклассников [12], о которых мы упоминали выше, так и с результатами исследования А.А.Никитиной [8], свидетельствующими о преобладании во всех возрастах патриархатной идентичности.

Конечно, малочисленность выборки проведенного нами пилотного исследования не позволяет формулировать достоверные выводы, однако мы считаем возможным предполагать наличие в современном обществе тенденции намечающегося изменения процесса личностного развития мужчин молодого возраста, становления их мужской идентичности.

Относительно психологического благополучия нами были получены следующие результаты, представленные в таблице 1.

Таблица 1

Особенности психологического благополучия молодых мужчин с разными вариантами мужской идентичности

Основные компоненты психологического благополучия	Уровень (X / δ)		
	Мужчины с патриархатной мужской идентичностью (n=4)	Мужчины с гибридной мужской идентичностью (n=8)	Мужчины с альтернативной мужской идентичностью (n=28)
Положит. отношения	Н (51,0 / 2,31)	Н (43,5 / 4,62)	Н (45,4 / 6,14)
Автономия	В (63,0 / 6,93)	С (56,75 / 3,78)	С (56,1 / 6,63)
Управление средой	С (59,0 / 5,77)	С (52,75 / 5,15)	С (54,6 / 4,12)
Личностный рост	С (60,0 / 0,58)	С (59,25 / 3,06)	С (58,3 / 6,71)
Цель в жизни	С (63,5 / 4,04)	С (58,5 / 6,16)	С (58,4 / 7,35)

Самопринятие	С (61,0 / 10,39)	С (52,5 / 12,08)	С (56,4 / 8,39)
Общий уровень	С (357,5 / 28,87)	С (323,25 / 30,02)	С (329,2 / 28,23)

Примечание: В – высокий уровень, С – средний уровень; Н – низкий уровень

Согласно полученным данным, показатели психологического благополучия у всех групп испытуемых в целом находятся на среднем уровне. При этом группа мужчин с патриархатной мужской идентичностью находится на среднем, близком к высокому уровню психологического благополучия. Низкие показатели наличия положительных отношений с другими людьми компенсируются у них показателями высокого уровня в сфере автономности и самыми высокими среди всех групп испытуемых показателями самопринятия, что вполне соответствует традиционным гендерным стандартам и демонстрирует наличие типичных черт патриархатной маскулинности.

Мужчины с гибридной мужской идентичностью имеют самый низкий общий уровень психологического благополучия. Также они демонстрируют самый низкий уровень в сфере положительных отношений с окружающими людьми, управления средой и самопринятия. Наиболее высокий показатель отмечается у них в плане стремления к личностному росту.

Наконец, самая многочисленная в нашем исследовании группа мужчин с альтернативной мужской идентичностью обладает в целом средним уровнем психологического благополучия. При этом наибольшие показатели были зафиксированы у таких мужчин в сфере личностного роста, целей в жизни и самопринятия, а наименее выраженные, как и у остальных испытуемых, – в сфере положительных отношений с другими людьми.

Таким образом, как показало исследование, во всех трех группах мужчин наблюдается низкий уровень выраженности по такому компоненту психологического благополучия, как положительные отношения, тогда как показатели, соответствующие высокому уровню, демонстрирует только группа мужчин с патриархатной мужской идентичностью в сфере автономии. Показатели

всех остальных компонентов, равно как и общего уровня психологического благополучия, во всех трех группах испытуемых находятся на среднем уровне. Из этих результатов мы можем сделать вывод, что между группами мужчин с альтернативной и гибридной мужской идентичности нет существенной разницы, тогда как группа патриархатных мужчин демонстрирует наиболее близкие к высокому уровню психологического благополучия показатели.

Другими словами, наша первая гипотеза не нашла своего подтверждения. Заметим, что в этом плане наши новые данные также частично расходятся с данными, полученные в прошлом исследовании, согласно которым психологически более благополучными по большинству параметров оказались юноши-старшеклассники с альтернативной мужской идентичностью [12].

Отметим также, что среди участников нашего исследования большинство мужчин обращались за психологической помощью. В частности, таковыми оказались: 100% мужчин в группе с проявлением гибридной и патриархальной мужской идентичности, и 73% из группы с альтернативной мужской идентичностью. Поэтому для проверки второй гипотезы мы осуществили сравнительный анализ уровня психологического благополучия у мужчин с альтернативной мужской идентичностью, обращавшихся и не обращавшихся за психологической помощью.

Сравнив средние показатели психологического благополучия, мы получили следующие результаты, представленные в таблице 2.

Как можно видеть из таблицы 2, у мужчин, обращавшихся за психологической помощью, все показатели, за исключением управления средой, находятся на более высоком уровне, чем у их сверстников, не обращавшихся за психологической помощью, также как и общий уровень психологического благополучия. Однако достоверно значимые различия по U-критерию Манна-Уитни в пользу испытуемых, обращавшихся за психологической помощью обнаружены только по компоненту цель в жизни, тогда как все остальные значения находятся в зоне незначимости. Это говорит нам о том, что потребность в психологической помощи, в

первую очередь, характерна для мужчин, имеющих более четкие жизненные цели и ориентированных на их достижение.

Таблица 2

Особенности психологического благополучия молодых мужчин с альтернативной мужской идентичностью, обращавшихся и не обращавшихся за психологической помощью

Основные компоненты психологического благополучия	Уровень ($\bar{X}$ / δ)		
	Мужчины, обращавшиеся за психологической помощью (n=20)	Мужчины, не обращавшиеся за психологической помощью (n=8)	U-критерий Манна-Уитни (уровень статистической значимости (p))
Положит. отношения	H (46,2 / 4,84)	H (44,3 / 1,15)	74 (0,758)
Автономия	C (57,2 / 6,10)	C (53,5 / 0,95)	62 (0,358)
Управление средой	C (54,5 / 4,46)	C (56,3 / 0,33)	60 (0,301)
Личностный рост	C (60,4 / 6,21)	C (53,0 / 0,61)	30 (0,011)
Цель в жизни	C (60,2 / 7,23)	H (52,3 / 0,29)	22 (0,003)
Самопринятие	C (57,3 / 9,04)	C (54,5 / 0,83)	64 (0,412)
Общий уровень	C (335,8 / 28,52)	C (313,9 / 2,88)	42 (0,053)

Таким образом, наша вторая гипотеза нашла частичное подтверждение.

В целом, на основании полученных результатов мы можем сделать следующие выводы:

1. В среднем наиболее высокие показатели психологического благополучия наблюдаются у молодых мужчин с патриархатной мужской идентичностью, тогда как молодые мужчины с гибридной и альтернативной мужской идентичностью обладают в основном сопоставимо равным уровнем психологического благополучия, который на порядок ниже, чем у их сверстников с патриархатной мужской идентичностью.

2. По степени выраженности такого компонента психологического благополучия, как наличие целей в жизни, молодые мужчины с альтернативной мужской идентичностью, обращавшиеся за психологической помощью, значительно отличаются от тех мужчин, которые за такой помощью никогда не обращались.

Полагаем, что увеличение выборки позволит в дальнейшем уточнить полученные результаты, что делает необходимым продолжение начатого нами исследования.

Список литературы

1. Бекузарова А.Т. Психологическое благополучие как предмет зарубежных и отечественных исследований // Актуальные проблемы психологического знания. – 2014. – № 2(31). – С. 16-25.

2. Водяха С.А. Современные концепции психологического благополучия личности // Дискуссия. – 2012. – № 2. – С. 132-137.

3. Иванова Т.Ю. Функциональная роль личностных ресурсов в обеспечении психологического благополучия: дис. ... канд. психол. наук. – М., 2016. – 206 с.

4. Исаева О.М., Акимова А.Ю., Волкова Е.Н. Факторы психологического благополучия российской молодежи // Психологическая наука и образование. – 2022. – № 27(4). – С. 24-35.

5. Клецина И.С., Иоффе Е.В. Гендерные нормы как социально-психологический феномен: монография. – М.: Проспект, 2017. – 144 с.

6. Коннелл Р. Гендер и власть. Общество, личность и гендерная политика. – М.: Новое литературное обозрение, 2015. – 432 с.

7. Куимов В.С. Проблема типологии маскулинности в гендерных исследованиях –Теория и практика общественного развития. 2015. №4. С. 26-31

8. Никитина А.А. Изучение «мужской идентичности» в российской гендерной психологии // Сибирский психологический журнал. – 2011. – № 41. – С. 20-24.

9. Потехина Е.А. Модель «мужчина нового типа – метросексуал» как альтернатива гегемонной маскулинности // Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С.Пушкина. – 2015. – Т. 2. – № 4. – С. 77-85.

10. Радина Н.К., Никитина А.А. Социальная психология мужественности: социально-конструктивистский подход. – М.: Боргес, 2011. – 172 с.

11. Семенова Л.Э., Серебрякова Т.А., Гарахина Ю.Е. Психологическое благополучие и опыт родительства женщин-матерей из разных типов семей // Вестник Мининского университета. – 2018. – Т. 6. – № 2. – С. 15. – URL: <https://www.minin-vestnik.ru/jour/article/view/818> <https://doi.org/10.26795/2307-1281-2018-6-2-15>
12. Семенова Л.Э., Семенова В.Э., Серебрякова Т.А., Конева И.А. Психологическое благополучие юношей старшеклассников с разными вариантами развития мужской идентичности // Вестник Мининского университета. – 2019. – Т. 7. – № 4. – С. 7. – URL: <https://www.minin-vestnik.ru/jour/article/view/1038> <https://doi.org/10.26795/2307-1281-2019-7-4-7>
13. Семенова Л.Э., Семенова В.Э. Гендерная психология: учебное пособие. – М.: НИЦ ИНФРА-М, 2021. – 309 с.
14. Созонтов А.Е. Гедонистический и эвдемонистический подходы к проблеме психологического благополучия // Вопросы психологии. – 2006. – № 4. – С. 105-114.
15. Сухушина Е.В., Абрамова М.О., Рыкун А.Ю. Современные образы маскулинности – Вестник науки Сибири. 2017. №4(27). С. 168-180.
16. Шевеленкова Т.Д., Фесенко П.П. Психологическое благополучие личности (обзор основных концепций и методик исследования) // Психологическая диагностика. – 2005. – № 3. – С. 95-129.

УДК 159.922.7

СЕМЕНОВА ЛИДИЯ ЭДУАРДОВНА

доктор психологических наук, доцент,
профессор кафедры общей и социальной психологии
Нижегородского государственного университета
им. Н.И. Лобачевского
г. Нижний Новгород
verunechka08@list.ru

СЕМЕНОВА ВЕРА ЭДУАРДОВНА

кандидат философских наук, доцент, доцент кафедры
дошкольного образования Нижегородского института развития
образования; доцент кафедры общей и клинической психологии
Приволжского исследовательского
медицинского университета Минздрава России
г. Нижний Новгород
verunechka08@list.ru

**УСТАМИ РЕБЕНКА:
ДЕТСКАЯ ВЕРСИЯ КОВИД-СИТУАЦИИ
В ГЕНДЕРНОМ ИЗМЕРЕНИИ**

Аннотация. В данной статье представлены результаты исследования восприятия ситуации пандемии COVID-19 и самоизоляции детьми старшего дошкольного и младшего школьного возраста. На основе содержательного анализа детских нарративов ковид-ситуации выявлена гендерной специфика «детской версии» восприятия пандемии COVID-19.

Ключевые слова: пандемия, детские нарративы, ковид-ситуация, старшие дошкольники, младшие школьники, девочки, мальчики.

Пандемия COVID-19 не только внесла существенные изменения в различные сферы общественного развития, но и оставила глубокий след в жизни многих людей. Не остались в стороне даже маленькие дети, которые вместе со своими близкими столкнулись с ситуацией самоизоляции и ограничений, а некоторые из них к тому же непосредственно соприкоснулись с болезнью и ее последствиями, были свидетелями растерянности взрослых, участниками их трагических переживаний в связи с потерей близких.

О том, как воспринимали ситуацию пандемии представители разных социальных групп, как именно она изменила их жизнь, к каким психологическим (когнитивным, эмоциональным, поведенческим) и социальным последствиям она привела, можно узнать из многочисленных исследований, содержащих конкретный эмпирический материал [1; 2]. Однако «детская версия происходящего» в них фактически не представлена.

В ходе выполненного нами исследования мы акцентировали внимание на гендерной специфике именно «детской версии» восприятия пандемии COVID-19. Его участниками стали дети старшего дошкольного и младшего школьного возраста (от 5 до 9 лет; средний возраст – 7,5 лет): 68 девочек и 70 мальчиков.

Предметом содержательного анализа стали детские нарративы ковид-ситуации, которые мы собрали, используя с учетом возрастных особенностей респондентов проективную вербальную методику сочинения истории на тему «Сказка о коронавирусе».

Сравнительный гендерный анализ текстов историй проводился по следующим категориям: «характеристики коронавируса», «происхождение коронавируса», «актуальные потребности», «ресурсы преодоления трудностей», «эмоции», «ключевые события» и «пол персонажей». Поясним, что данные категории частично соотносятся с некоторыми из обозначенных И.А. Гареевой аспектов ситуации пандемии [1], а именно: пандемия как эпидемиологическое явление (в нашем случае характеристики и происхождение коронавируса); пандемия как медицинское явление (в нашем случае ресурсы преодоления трудностей); пандемия как культурное явление (в нашем исследовании представлено категорией «актуальные потребности»); пандемия как экзистенциальное явление (в нашем случае категории «эмоции» и «ключевые события»).

Мы предположили, что в детской версии ковид-ситуации будут находить отражение содержательные аспекты дифференцированной по признаку пола первичной социализации, в том числе проявления культурных линз андроцентризма и гендерной поляризации.

В ходе проведенного исследования были получены следующие результаты:

- Самая значительная часть сказочного повествования была посвящена образу коронавируса, при характеристике которого у всех детей существенно преобладали описания негативных функций и действий «героя», связанных с угрозой жизни и здоровью, иллюстрирующих его вредоносность и коварство (30,2% упоминаний девочек и 34,3% упоминаний мальчиков). В то же время к единичным позитивным характеристикам коронавируса несколько чаще обращались девочки, повествуя о его превращениях в положительного «героя» (но различия не значимы). При этом как положительному герою дети приписывали коронавирусу миссию глашатая социально значимых норм и ценностей, из уст которого звучали заповеди нравственного поведения (взаимопомощи, бережного отношения к природе и т.п.). Статистически значимые гендерные различия были получены по таким характеристикам коронавируса, как «чувства» (в пользу девочек: $p \leq 0,01$) и «статус и связи» (в пользу мальчиков: $p \leq 0,05$), т.е. если девочки гораздо чаще фиксировали в своих историях различные эмоции героя, то мальчики – подчеркивали его статусные позиции либо аутсайдера, либо властного доминантного персонажа.

- Детская версия о происхождении коронавируса в целом не имела гендерных различий и в основном включала два варианта – полностью фантастический и более реалистичный, частично дублирующий мнения взрослых и информацию из СМИ.

- В текстах историй нередко встречались упоминания о фрустрированных в ситуации пандемии потребностях, среди которых наиболее актуальными, с точки зрения детей, оказались четыре группы потребностей: в свободе и двигательной активности, акцент на которых чаще делали мальчики (34,3% и 30,2% упоминаний, соответственно: $p \leq 0,05$), безопасности, положительных эмоциях и социальных контактах. Из чего мы делаем вывод о том, что изменения привычного образа жизни по версии детей в основном коснулись физической мобильности, сферы общения, а также оказались связаны с повышением опасности, ощущением угрозы и дефицитом повседневных удовольствий, что свидетельствует о выраженном дискомфорте девочек и мальчиков большей частью схожем по своим причинам. Однако наряду с преобладанием гендерного сходства были зафиксированы и еще одни весь-

ма любопытные гендерные различия, которые касались фиксации трудностей других людей, непосредственно не затрагивающих жизнь самих детей, а именно усталости врачей и соответственно их потребности в отдыхе, о которых чаще упоминали девочки (8,7% и 3,3%: $p \leq 0,05$), что может являться следствием реализации воспитательных практик, ориентирующих девочек на заботу в отношении других.

- В качестве основных ресурсов для преодоления сложившейся трудной ситуации дети, прежде всего, отмечали действия и помощь врачей, обязательное соблюдение мер профилактики и правил гигиены, ограничения социальных контактов и разных видов активности, а также взаимопомощь и сотрудничество людей. При этом девочки в основном сосредотачивали свое внимание на внешних ресурсах – помощи со стороны (42,8% и 33,9%: $p \leq 0,05$), тогда как мальчики делали акцент преимущественно на внутренних ресурсах – собственных действиях и усилиях (35,7% и 25%: $p \leq 0,05$), что может быть обусловлено такими содержательными аспектами мужской социализации, как ориентация на автономию и самодостаточность.

- Относительно частоты отмечаемых детьми эмоций были обнаружены статистические гендерные различия в пользу девочек ($p \leq 0,05$), что в первую очередь было связано с преобладанием упоминаний ими о чувстве страха и печали. В то же время были зафиксированы и гендерные различия в пользу мальчиков, которые касались упоминаний о скуке ($p \leq 0,05$). В целом истории девочек оказались более эмоционально насыщенными, а однозначно доминирующей эмоцией восприятия детьми ковид-ситуации стал страх (41,6% упоминаний девочек и 29,8% упоминаний мальчиков). Для сравнения сообщения о чувстве радости встречались в детских историях на порядок реже (14,2% и 14,3% соответственно).

- Относительно ключевых событий ковид-ситуации в основном наблюдалось гендерное сходство. При этом в качестве таковых детьми выделялись разного рода опасности, болезни и несколько реже активное сопротивление и спасение.

- В ходе количественного анализа соотношения представленных в детских историях персонажей своего и другого пола были

констатированы статистически значимые гендерные различия в пользу лиц своего пола у мальчиков и лиц другого пола у девочек ($p \leq 0,01$), что может свидетельствовать о проявлении линзы андроцентризма и мужской нормы гомосоциальности.

Таким образом, как показало наше исследование, детская версия сказочного нарратива ковид-ситуации характеризуется как гендерным сходством, так и гендерной спецификой ее восприятия, отражающей некоторые содержательные аспекты преобладающей на этапе раннего оттогеноза дифференцированной гендерной социализации.

Список литературы

1. Гареева И.А. Социальные изменения в условиях пандемии COVID-19 // Власть и управление на Востоке России. – 2021. – № 4 (97). – С. 99-109. <https://doi.org/10.22394/1818-4049-2021-97-4-99-109>
2. Кочетова Ю.А., Климакова М.В. Исследования психического состояния людей в условиях пандемии COVID-19 // Современная зарубежная психология. – 2021. – Том 10. – № 1. – С. 48-56. DOI: <https://doi.org/10.17759/jmfp.2021100105>

ПУШИНА ВАЛЕНТИНА ВАЛЕНТИНОВНА

кандидат психологических наук, доцент,
кафедра общей и социальной психологии,
ННГУ им. Н. И. Лобачевского, г.
Нижний Новгород, Российская Федерация
vpushina@rambler.ru

**ПРОЕКТИВНЫЕ РИСУНОЧНЫЕ МЕТОДИКИ
В ПРАКТИКЕ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА**

Аннотация. В статье рассматривается актуальность применения проективных методик в диагностике, психокоррекции и психотерапии клинического психолога. Акцентируется внимание на использование рисуночных методик для выявления психологических особенностей как причинных факторов болезни и здоровья.

Ключевые слова: проективные рисуночные методики, психологические особенности, диагностика, психокоррекция, психотерапия.

Проективные рисуночные методики являются самыми распространенными техниками в клинической психологии, они широко применяются при психологическом консультировании, психокоррекции и психотерапии. Актуальность проективных методов доказывается практически ежедневным использованием этого диагностического инструментария в работе клинических психологов, которые видят в данных, получаемых при помощи проективных методов, серьезные преимущества.

Актуальность биопсихосоциальной модели в решении проблемы психического здоровья и полноценной включенности рассмотрения психологических факторов в качестве причинных обостряет интерес исследователей к внутреннему миру и его функциям как потенциально каузальным факторам.

Психологическое состояние людей, их удовлетворенность жизнью, способность эффективно справляться с различными жизненными проблемами часто зависит от информации о происхождении своей семьи. Чтобы найти свои корни, почувствовать связь поколений, узнать, что привнесли в их собственные взаимоотно-

ношения предыдущие поколения, помогает проективная методика «Семейная генограмма» [2, с. 47]. Автор метода семейной генограммы является американский психотерапевт Мюррей Боуэн.

Семейная генограмма является схематическим изображением семейной системы, в которой используются квадраты для изображения мужчин, круги – для женщин, горизонтальные линии изображают супружество, а вертикальные – наличие детей [2, с. 48]. Клинический психолог, беседуя с пациентом, изображает графически представление его о своей семье с помощью определенных символов и обозначений. В генограмме указываются даты рождения, браки, супружеские разводы, причины смерти, хронических заболеваний всех членов семьи, какие связи проходят от прошлого к настоящему и будущему. Вопросы, задаваемые психологом, при составлении генограммы могут вызвать у пациента обновленные чувства и взгляды на его настоящие и прошлые взаимоотношения, получить расширенную информацию о его психическом и физическом здоровье и болезни. Большинство пациентов начинают вспоминать своих прадедов, некоторые их не помнят, иногда пациенты даже не знают своего биологического родителя и воспитывались в детских домах. В данных случаях клинический психолог рекомендует для составления более полной генограммы отправиться к дальним родственникам, если они живы, за недостающей информацией.

Часто пациент, составляющий генограмму, обнаруживает то, что передается «от одного поколения семьи к другому» на психологическом уровне. С помощью генограммы можно открыть семейные тайны, например, обнаружить несовпадение даты брака родителей с более ранним рождением сына, внебрачную связь, умершего биологического отца. Для клинического психолога очень важно, чтобы пациент отметил на генограмме, кто из членов семьи страдал от повышенной тревожности или от депрессии, у кого были проблемы с сердечно-сосудистой системой или онкологическими заболеваниями, кто имел проблему зависимости от психоактивных веществ. Данная информация может нам подсказать скрытую причину того или иного состояния пациента. Это позволит человеку через осознание разрешить имеющую актуальное значение «незавершенную в прошлом» проблему.

Флоренс Каслоу разработал метод «проективной генограммы» [5, с. 15]. Он в своей работе сначала объясняет клиентам значение символов генограммы, а потом просто говорит им: «Нарисуйте вашу семью». После выполнения генограммы с клиентом исследуются такие вопросы: «Кого вы изобразили первым? Понимаете ли вы, почему? Какое особое значение имеет для вас этот человек в настоящий момент времени? Какое незавершенное дело есть у вас с этим человеком, которое бы вы хотели проработать? Как это можно было бы сделать?». Чаще клиент начинает рисовать генограмму с того человека, который в настоящий момент имеет центральное место в его жизни. Следующим шагом является выявление: «Кого клиент пропустил или исключил при составлении генограммы?». Затем идет обсуждение, что это значит для клиента или какие чувства это вызывает? Обычно считается, что забытый член семьи эмоционально исключается из понятия «моя семья», которое существует у клиента в настоящее время.

Дальнейшим шагом работы является вопрос к клиенту: «Кого бы вы хотели исключить из генограммы?». Это приводит клиента к самоизучению и выявлению ненавистных или пугающих значимых других.

Финальной частью изучения семейных связей и неприязней является вопрос: «Кого бы вы хотели добавить в генограмму?». Кто-то добавляет sibлинга, супруга, ребенка или внука. Клинический психолог может поговорить с клиентом о том, как реализовать его желание.

Таким образом, генограмма является прекрасным проективным инструментом для оценки семьи клиента, дает множество подсказок клиническому психологу для диагностики и определения мишеней семейной психокоррекции.

В практике клинического психолога широко используется неструктурированная проективная методика «Рисунок семьи». Данная методика применяется для выявления особенностей внутрисемейных отношений и эмоциональных проблем клиента. На основе выполненного рисунка, комментариев и ответов на вопросы клинического психолога, раскрываются чувства клиента к тем членам семьи, которых он считает самыми важными, какое влияние на него оказывают родные люди, кто может оказать под-

держку в лечении его заболевания. При работе с клиентом могут использоваться различные варианты инструкций:

- «Нарисуй свою семью»;
- «Нарисуй свою семью, где все заняты обычным делом»;
- «Нарисуй свою семью в виде фантастических (несуществующих) существ»;
- «Нарисуй свою семью в виде метафоры, образа, символа, который выражает ее особенности».

После выполнения задания клинический психолог задает клиенту вопросы, относящиеся к его проблеме. Рисунки оцениваются качественно. Для их интерпретации рекомендуется собрать семейный анамнез: сведения о составе и возрасте членов семьи и о ее основной проблематике. Практика показывает, что в рисунке семьи не бывает случайностей, в нем клиент отражает свои представления отношений между близкими ему людьми и свои переживания по их поводу, что может влиять на эмоциональное самочувствие и его выздоровление.

Особое внимание в работе клинического психолога уделяется возможностям использования проективной методики «Семейная социограмма в вариантах реальной и идеальной семьи» В.В. Пушиной. [4, с. 6]. Проективный тест содержит более информативный анализ не только межличностных отношений и коммуникаций в семье, но и личностных особенностей самого исследуемого. С помощью сопоставления графических образов реальной и идеальной семьи проводится анализ удовлетворенности своим образом «Я» и межличностными отношениями. В тесте «Семейная социограмма в вариантах реальной и идеальной семьи» осуществляется сравнение реальной и идеальной самооценки испытуемого, его уровня притязаний. Сопоставление реальных и идеальных представлений клиента в межличностных отношениях в семье предоставляет информацию о принятии или неприятии им своего образа «Я», о наличии внутриличностного конфликта, об удовлетворенности отношениями в семье или о желании их изменить.

Актуальность применения данного теста и определения критериев его оценки обусловлено необходимостью использования

психологического инструментария, который одновременно решает задачи диагностического исследования, психологического и психотерапевтического воздействия на психику человека в лечебных и профилактических целях, способствуя, тем самым, сближению клинической психодиагностики и психотерапии. Применение теста «Семейная социограмма в вариантах реальной и идеальной семьи» в процессе позволяет в считанные минуты в ситуации «здесь-и-сейчас» визуализировать представления членов семьи об их реальных и идеальных взаимоотношениях, позволяет обсудить и интерпретировать их наглядный материал. Эта графическая проективная методика дает возможность быстро и четко воссоздать картину неосознаваемых аспектов нарушения внутрисемейных взаимоотношений, а также определить потребность членов семьи в их изменении либо сохранении. Экспресс-диагностика семейных взаимоотношений, позволяет сформулировать и проверить гипотезы, наметить психотерапевтические мишени и после оказания соответствующей психологической и лечебной помощи отследить динамику изменения семейных взаимоотношений. С учетом собранного медицинского и семейного анамнеза и конкретного запроса клиента материалы, полученные с помощью методики семейных социограмм, позволяют также дифференцированно определить вид, метод и последовательность этапов психологической (психотерапевтической) помощи семье [3, с. 184].

Хорошо зарекомендовали себя в практике клинического психолога рисуночные тесты «Рисунок человека», «Несуществующее животное», «Красивый рисунок», «Рисунок семьи». Они позволяют получить описание как общих интеллектуальных, личностных и эмоциональных особенностей человека, так и его отношения к различным жизненным сферам: семейной, сексуальной, социальной и межличностной. Опыт применения данных методик может информировать о следующих психологических особенностях клиентов:

- уровень общего умственного развития;
- уровень психомоторного тонуса, повышенная или низкая активность;

- проявление астении, импульсивности;
- недостаточность самоконтроля и планирования действий;
- эмоциональная лабильность или ригидность;
- тревожность или тревога;
- страхи, депрессивные тенденции;
- особенности реагирования на стресс, агрессивность;
- экстраверсия или интроверсия;
- демонстративность, аутизация;
- степень социализированности и конформности;
- антисоциальные тенденции;
- отношение к сексуальной сфере.

Кроме указанных критериев, рисуночные методики позволяют предположить у клиента наличие органических поражений мозга, нарушений обучаемости, невротического состояния, психического заболевания. Если требуется выяснить отношение обследуемого к домашней ситуации, то желательно предложить рисунок дома. Для диагностики представлений о течении своей жизни во времени (ориентаций в прошлом, настоящем и будущем) будет полезным рисунок дерева. Содержательную информацию об актуальных переживаниях клиента может дать рисунок на свободную тему.

В качестве диагностики и психокоррекционного воздействия клиническим психологом используется метод «Мандала» – циркулярное изображение, которое может являться продуктом спонтанной творческой деятельности либо создаваться в соответствии с определенной инструкцией [1, с. 5]. С точки зрения К. Юнга, символические образы, нарисованные в мандале (круге), отражают отношения между сознанием и бессознательным и доступны для восприятия любого человека. Они включают положительные и отрицательные значения и сами по себе не могут являться однозначными признаками патологии. Посредством интерпретации содержания мандал можно оценить сильные и слабые стороны «Я».

Причины психологических проблем клиента могут быть обнаружены в мандалах еще до того, как пациент их осознает, и часто до того, как клинический психолог или другой специалист, заня-

тые лечением клиента, смогут разобраться в его состоянии. Использование клиническим психологом мандалы налагает на него высокую ответственность, и в то же время, наделяет его большими возможностями – все это, как правило, характерно для специалиста, имеющего знания юнгианского психоанализа.

Для некоторых специальных целей предложенный набор, описанных проективных методик, которым пользуется чаще клинический психолог, может быть расширен другими рисуночными тестами. Главное для диагностического и психокоррекционного использования рисунков очень важно знать, что они отражают, не сознательные установки человека, а его бессознательные импульсы и переживания. В виду этого рисуночные тесты трудно «подделать», представив в них себя не таким, какой есть в действительности.

Кроме того, проективные рисуночные методики очень информативны и позволяют выявить множество психологических особенностей человека. Они просты в проведении, занимают немного времени и не требуют никаких специальных материалов, кроме карандаша и бумаги. Дополнительным достоинством рисуночных методов является их естественность, близость к обычным видам человеческой деятельности, так как опыт рисования есть практически у каждого человека.

Вместе с тем, рисунки – это удобный повод для того, чтобы непринужденно завязать беседу и установить контакт. В отличие от большинства других тестов, рисуночные методики могут проводиться многократно и сколь угодно часто, не утрачивая своего диагностического значения. Они применимы к клиентам самого разного возраста – от дошкольного до глубокой старости включительно.

Это позволяет клиническому психологу использовать их, как для контроля динамики состояния, так и для наблюдения за ходом психического развития и психокоррекционного воздействия в течение длительного периода.

В тоже время рисуночные методы не лишены недостатков. Главный из них – относительно низкая надежность получаемых результатов, связанная с субъективностью интерпретации. Окончательные выводы о психологических особенностях субъекта на

основе одних лишь рисуночных тестов не рекомендуется. Окончательное заключение может быть вынесено лишь при сопоставлении особенностей рисунков с результатами наблюдений и дополнительных стандартизированных и валидных клинико-психологических методик.

Список литературы

1. Диагностика в арт-терапии: Метод «Мандала» / Под ред. А.И. Копытина. – М.: Психотерапия, 2011. – 144 с.
2. Практикум по семейной терапии: современные модели и методы: учебное пособие для врачей и психологов / Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. – СПб.: Речь, 2010. – 425 с.
3. Никольская И.М., Пушина В.В. Семейная социограмма в психологическом консультировании: учебное пособие для врачей и психологов. – СПб.: Речь, 2010. – 223 с.
4. Пушина В.В. Проективная методика «Семейная социограмма в вариантах реальной и идеальной семьи» в практике консультирования и психотерапии: учебное пособие для психологов и врачей. – Н. Новгород: Издательство Приволжского исследовательского медицинского университета, 2018. – 96 с.
5. Флоренс Каслоу Генограмма как проективная техника в диагностике и психотерапии. –М.: Московский психолого-социальный институт, 2006.–160 с.

ХАЛАК МАРИЯ ЕВГЕНЬЕВНА

кандидат психологических наук,
доцент кафедры общей и клинической психологии
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России
г. Нижний Новгород
m-e-h@yandex.ru

МАЗАНОВА АННА ЕВГЕНЬЕВНА

ассистент кафедры общей и клинической психологии
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России
г. Нижний Новгород
mazanova.a.e@mail.ru

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ
ПРОЦЕССА РЕАБИЛИТАЦИИ**

Аннотация. Грамотно выстроенная программа психологического сопровождения лиц с инвалидизирующим заболеванием или уже имеющимися ограниченными возможностями здоровья позволяет сократить время адаптации к имеющемуся дефекту и ускорить принятие ограничений, вызванных болезнью. На наш взгляд, клинический психолог должен подключаться к реабилитационным мероприятиям на самых ранних этапах, например, в реанимации. Ранняя психологическая поддержка позволяет понять опыт болезни пациента, выяснить его отношение к собственному состоянию. Если работа в силу обстоятельств с индивидом не возможна (например, пациент находится в коме), необходимо работать с родственниками. Представленная в работе схема психологического сопровождения позволяет обеспечивать пациента психологической поддержкой на всех этапах реабилитации.

Ключевые слова: психологическое сопровождение, реабилитация, лица с ограниченными возможностями здоровья.

Как известно, целью психологической реабилитации является в первую очередь, преодоление негативных реакций пациента со стороны психики на инвалидизирующее заболевание.

Психологическая реабилитация включает:

- психодиагностические мероприятия (пато- или нейропсихологическая диагностика);

- консультирование по личностным, эмоциональным проблемам;
- участие в планировании и проведении образовательных и профилактических программ;
- консультирование родственников.

Безусловно, конечной целью любых реабилитационных мероприятий является восстановление личностного и социального статуса больного (инвалида).

И здесь речь идет о необходимости комплексного мультидисциплинарного подхода к пациенту с учетом и клинико-биологических закономерностей болезни, и психосоциальных факторов, особенностей окружающей его среды, чтобы достичь главной цели. При этом последние, как правило, в большей степени влияют на успешность восстановительных мероприятий.

К задачам психологического сопровождения реабилитационного процесса чаще всего относят:

- 1) всестороннее ускорение нормального процесса психологической адаптации к изменившейся жизненной ситуации в результате возникшего заболевания (состояния);
- 2) профилактика и коррекция возможных болезненных психических реакций и нарушений.

Решение обозначенных задач возможно только после комплексного изучения всего диапазона тех психических изменений, которые возникли у пациента в данной ситуации, оценка динамики состояния на всех этапах заболевания, определение возможно истинной причины данных изменений, анализа внутренней картины болезни (ВКБ), оценку социально-психологических факторов (ближайшее окружение, его отношение к заболеванию). Это позволит отслеживать состояние пациента на всех этапах развития заболевания: от момента возникновения и до настоящего времени, а также облегчит вопрос прогнозирования успеха или неуспеха реализуемых реабилитационных мероприятий.

К основным психологическим факторам, определяющим психическое состояние пациентов, относят:

- динамику развития основного болезненного процесса;
- длительность постельного режима и сроки пребывания в лечебном учреждении;

- характер инвалидизирующего заболевания и ограниченных возможностей;
- психогенное влияние медицинского персонала, близкого социального окружения, других пациентов;
- начало возвращения к трудовой деятельности.

Знание этих причин, а также устранение тех, которые оказывают наибольшее негативное влияние на состояние пациента, являются действенным средством психопрофилактики и психогигиены.

Психологический реабилитационный потенциал – комплекс индивидуально-психологических отличительных характеристик личности (когнитивных, мотивационных, эмоциональных), социально-психологических факторов (окружение инвалида, его реабилитационная компетентность), являющихся основным источником, способствующим реадaptации к изменившимся условиям жизни в результате возникновения и развития инвалидизирующего заболевания [3, с.234]. Другими словами, это не только личностные особенности индивида и его социального окружения, а также его опыт болезни.

Как известно, на восприятие состояния влияет ВКБ или сугубо индивидуальная система ощущений, эмоциональных переживаний и мыслей, определяющих отношение больного к имеющемуся нарушению здоровья, определяющих его дальнейшее поведение. И здесь мы снова возвращаемся к опыту болезни.

Модель «Disease- Illness» («Болезнь – Опыт болезни») была предложена в 1984 году Я. Маквинни с коллегами. Это коммуникативная схема, позволяющая врачу взглянуть на болезнь глазами пациента, а не только с точки зрения болезней и патологий. Ценность данной схемы представляется нам в том, что понимание врачом, а также клиническим психологом, опыта болезни позволяет предугадать социальную реакцию на заболевание, объясняет возможные неадаптивные схемы поведения пациента в данном состоянии, определяет и реабилитационный потенциал, и успех восстановления в целом [1, с.219].

Специалист во время первой встречи определяет цели лечения именно с точки зрения самого пациента. Такая консультация направлена на получение информации о симптомах, признаках,

проведенных уже исследованиях, а также на формирование понимания у специалиста отношения пациента к своему здоровью, ожиданиям, чувствам и переживаниям, которые он испытывает, оказавшись в данной ситуации. В дальнейшем это определяет индивидуальное наполнение программы психологического сопровождения.

Схема психологического сопровождения реабилитируемого представлена на рисунке 1 [3, с. 243].



Рис. 1. Программа психологического сопровождения реабилитации

Важным аспектом психологического сопровождения реабилитационного процесса является работа психолога не только с психологами, но и с его родственниками. Именно они смогут обеспечить пациента всесторонней поддержкой, что, безусловно, тоже влияет на успех реабилитации [2, с. 101]. Подключение психолога к восстановительным мероприятиям уже на первом этапе, когда пациент еще находится в реанимации, тоже влияет на состояние пациента, позволяет ему быстрее преодолевать волнующие его личностные проблемы, принять состояние, изменить отношение к себе, а впоследствии вернуться к адекватному восприятию социума.

Выводы. Понимание опыта болезни позволяет правильно выстроить психодиагностические мероприятия, более точно определить его психологический реабилитационный потенциал, что в целом определяет построение программы психологического сопровождения конкретного пациента.

Список литературы

1. Клейнман А. Понятия и модель для сравнения медицинских систем как культурных систем (перевод с английского) // Социология власти, №1, 2016, с. 208-232
2. Лесите Э.Ю. Значение психологического сопровождения процесса реабилитации при травмах опорно-двигательного аппарата / Э.Ю. Лесите, О.Д. Стародубец // Вестник Амурского государственного университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2022. – № 96. – С. 99–102. – DOI 10.22250/20730284_2022_96_99.
3. Развитие личности в онтогенезе: норма и проблемы / В.А. Кручинин, А.А. Лапшин, В.Н. Бобылев [и др.]. – Нижний Новгород: Нижегородский государственный архитектурно-строительный университет, 2015. – 286 с. – ISBN 978-5-528-00039-8.

УДК 159.9.07

ХАЛАК МАРИЯ ЕВГЕНЬЕВНА

кандидат психологических наук, доцент кафедры общей
и клинической психологии

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

г. Нижний Новгород

m-e-h@yandex.ru

МАЗАНОВА АННА ЕВГЕНЬЕВНА

ассистент кафедры общей и клинической психологии

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

г. Нижний Новгород

mazanova.a.e@mail.ru

САМОЙЛОВ ДЕНИС АЛЕКСЕЕВИЧ

студент магистратуры по направлению подготовки «Психология»,
профиль подготовки «Клиническая психология»

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

г. Нижний Новгород

samoilovda52@gmail.com

**ОПЫТ ДИСТАНЦИОННОГО
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ
ПРИ АФФЕКТИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВАХ
(Реализация проекта «Онлайн-служба поддержки людей
с аффективными и тревожными расстройствами»)**

Аннотация. В статье приводится опыт реализации проекта «Онлайн-служба поддержки людей с аффективными и тревожными расстройствами», который существует в г. Нижний Новгород с 2020 года по настоящее время при поддержке Федерального агентства по делам молодежи. Раскрыто содержание работы проекта, численные показатели, особенности, сложности и возможности мультипликативности проекта.

Ключевые слова: аффективные расстройства, тревожное расстройство, биполярное аффективное расстройство, психологическая помощь, группа поддержки.

Отмечается устойчивый рост расстройств аффективного характера, наиболее распространенные среди которых являются депрессивные и тревожные расстройства. Поэтому в настоящее время

отмечается повышение интереса к различным формам психологической помощи и активный рост количества исследований, демонстрирующих доказательства эффективности психотерапии [3].

Аффективные расстройства (affective disorders, mood disorders) – общее название группы психических расстройств, связанных с нарушением эмоционального состояния. Аффективные расстройства имеют множество симптомов [5].

Биполярное аффективное расстройство (БАР) – эндогенное психическое расстройство, проявляющееся в виде аффективных состояний: маниакальных (или гипоманиакальных) и депрессивных (или субдепрессивных), а также смешанных состояний [3]. Распространенность БАР оценивается в 2,6% населения, а по некоторым данным показатель достигает и 6,4% [4].

Тревожные расстройства – группа феноменологически близких, но этиопатогенетически разнородных психопатологических заболеваний. Отличительной чертой тревожных расстройств является нарушение способности регулировать эмоциональные реакции на предполагаемую угрозу [1].

Люди и с аффективными, и с тревожными расстройствами встречаются с похожими проблемами, которые в данное время не могут в полной мере преодолеть социальная и медицинская система: отрицание диагноза, стигматизация, социальное отторжение, отсутствие понимания происходящих с организмом процессов. Наиболее изученными подходами для преодоления таких трудностей являются интерперсональная и социальная ритм-терапия и диалектико-поведенческая терапия, включающая тренинги конкретных навыков. При индивидуальной и групповой психотерапии рекомендовано включать психообразовательные и коррекционные интервенции в отношении симптомов тревожных расстройств [3]. Особое значение имеет взаимопомощь и взаимоподдержка людей со схожими проблемами при поддержке специалистов со стороны медицины.

Ключевые задачи, которые возможно с использованием данных подходов решить дистанционно – психологическое просвещение, выработка структурности в принятии болезни, лечении и ресоциализация. Психологическое просвещение осуществляется через открытые лекции, выработка структурности – через участие

в тренингах и ведение дневников настроения, а ресоциализация – через вовлеченность в группы поддержки и просвещение ближайшего окружения человека с проявлениями расстройства.

С ноября 2020 года в Нижегородской области при поддержке Федерального агентства по делам молодежи реализуется проект «Онлайн-служба поддержки людей с аффективными и тревожными расстройствами», направленный на психологическую помощь людям с заболеваниями аффективного и тревожного спектра.

Первый цикл проекта прошел в рамках помощи людям с проявлениями биполярного аффективного расстройства, во втором цикле был добавлен блок занятий для близких и родственников людей с проявлениями БАР, в третьем цикле основной упор был сделан на тему проявления тревожных расстройств, в основном на генерализованное тревожное расстройство (ГТР).

Для более детального изучения проблемы командой проекта в 2021-2022 годах в социальной сети vk.com был проведен опрос, показавший, что из 400 респондентов 50% сталкивались с проявлениями тревожных расстройств и расстройств настроения. При этом более 80% не знают, к кому и каким образом нужно обратиться в случае возникновения проблем.

Всего в проекте приняли участие более 750 человек. За время реализации проекта проведено более 80 лекций, тренингов, терапевтических встреч и групп общения на тему аффективных и тревожных расстройств, более 100 индивидуальных консультаций, разработанные материалы в социальных сетях просмотрели более 200000 раз. В рамках проекта выпущено мобильное приложение для мониторинга эмоционального состояния.

Специалистами проекта выступают практикующие клинические психологи и психиатры. Работа ведется на базе онлайн-платформы, позволяющей сохранить анонимность участников.

Основная организационная сложность такого проекта – высокая текучесть участников, что связано с рядом факторов: циклотимия состояния участников, различия в уровне мотивации для реализации самопомощи, а также продолжительное время принятия заболевания. Влияют и медицинские, и социальные последствия несвоевременной диагностики. Опыт проекта показывает,

что участник может принять участие в нескольких мероприятиях подряд, получив определенный объем актуальной информации, после чего не появляться на мероприятиях проекта длительное время.

Поэтому данная особенность сменяемости участников учитывается при подготовке мероприятий: лекционные и тренинговые занятия имеют вводную часть с повторением базовых понятий и разъяснения ключевых процессов, происходящих с человеком из-за заболевания.

Несмотря на тенденцию к постоянному обновлению участников, отмечен стабильный процент регулярных активных участников на протяжении длительного времени. Такие участники отмечают изменение качества жизни по сравнению с моментом «до проекта»: они используют осознанный подход к работе с психиатром или психотерапевтом, сознательно регулируют режим дня и питания, а также способны длительно (более 6 месяцев) выполнять социальные функции и заниматься трудовой деятельностью.

Дистанционная работа дает возможность посещать тематические встречи людям, проживающим в отдаленных районах и не имеющим возможности получить коммерческие формы помощи.

При масштабируемости проекта и включение в него участников с разных регионов России необходимо учитывать возможную разницу в часовых поясах. Особенно это затрагивает регионы Дальнего Востока, участники из которых также заинтересованы в получении актуальных знаний о заболевании, адаптации к нему, а также дистанционной психологической поддержке, но вынуждены пропускать мероприятия, проходящие в вечернее время по московскому времени. Для федерального масштаба проекта необходимо иметь проектные группы в каждом федеральном округе РФ.

Организация подобного проекта требует привлечения финансирования для оплаты работы специалистов, команды проекта и таргетинга в социальных сетях. Финансирование для проекта может осуществляться за счет грантовой поддержки различных государственных и частных структур РФ, меценатства, краудфандинга, частных инвестиций.

Команда проекта получает положительные отзывы от участников, часть участников посещает групповые и тематические мероприятия при уже имеющейся личной работе со специалистами медицинского или психологического профиля, а ряд участников благодаря проекту впервые обратились к специалисту (психиатру или психотерапевту) для консультации по поводу своего состояния.

Дистанционные технологии способны помочь человеку узнать о причинах заболевания, поддержать в состоянии трудовой дееспособности, помочь сформировать системность в жизни для стабилизации протекающих биологических и психологических процессов. Дистанционное сопровождение выступает сопутствующей для фармакологической и медицинской помощи. Ключевой задачей таких проектов является преодоление стигматизации психиатрической и психологической помощи, создание для участника возможностей получения специфических знаний для управления своим состоянием, повышение приверженности терапии.

Список литературы

1. Левин О.С. Тревожные расстройства в общеклинической практике // Медицинский совет. 2017. №10. С. 36–40.
2. Михеева М.Г., Молдованов Н.А. Осведомленность общественности о биполярном аффективном расстройстве // Смоленский медицинский альманах. 2019. №4. С.140–142.
3. Палин А.В., Слюсарев А.С., Пожарская А.Ф, Козлов М.Ю., Иванницкая Е.Д., Матерухина А.А. Отдельные клинические и социально-психологические характеристики пациентов с биполярным аффективным расстройством, обращающихся за групповыми формами психотерапевтической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2021. №1. С. 44-48.
4. Тювина Н.А., Столярова А.Е., Морозова В.Д., Вербицкая М.С. Гендерные различия в клинической картине депрессии и течении биполярного аффективного расстройства // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2021. №2. С. 47–55.
5. Stahl S. M. (2021). Stahl's essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications. Cambridge: Cambridge University Press. Forth Edition (2013); fragment of Chapter 6 (Mood Disorders), p. 244–282.

ХАЛАК МАРИЯ ЕВГЕНЬЕВНА

кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и клинической психологии ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

г. Нижний Новгород
m-e-h@yandex.ru

ПОЛИНОВА ОЛЕСЯ ПЕТРОВНА

студентка магистратуры по направлению подготовки «Психология», профиль подготовки «Клиническая психология» ФГБОУ ВО «ПИМУ»

Минздрава России
г. Нижний Новгород
polinova_gt@mail.ru

**ОСОБЕННОСТИ ВИКТИМНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ
И ТИПА КОПИНГ-СТРАТЕГИИ ЖЕНЩИН
С РАЗНОЙ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ФОРМОЙ РАКА
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Аннотация. В работе исследуется виктимная идентичность и личностные особенности женщин с различными молекулярными формами рака молочной железы. Выявлена взаимосвязь между уровнем виктимной идентичности и видом копинг-стратегии в зависимости от молекулярной формы рака молочной железы. Результаты данного исследования позволят сформулировать рекомендации для психологов, медицинских сотрудников.

Ключевые слова: рак молочной железы, молекулярная форма рака, виктимная идентичность, личностные особенности, копинг-стратегии.

Актуальность. Рак молочной железы является распространенным заболеванием с различной степенью тяжести, агрессивности и влияет на эмоциональное состояние пациентов, ход лечения, срок выживаемости, формирование новых паттернов поведения, которые существенно ухудшают качество жизни. На данные поведенческие паттерны влияют различные личностные особенности женщины, имеющей заболевание, в частности, уровень виктимной идентичности, особенности копинг-стратегии. В связи с этим, возникает ряд вопросов:

– Каким уровнем виктимной идентичности обладают женщины с раком молочной железы?

– Существует ли взаимосвязь между уровнем виктимной идентичности и молекулярной формой рака молочной железы?

– Существуют ли различия в психологических портретах между женщинами с различными молекулярными формами?

Ответы на данные вопросы позволят не только глубже понять психологические особенности женщин с различной молекулярной формой рака молочной железы, но и грамотно выстраивать программу их психологического сопровождения.

Психологическое сопровождение онкологических пациентов строится на основании ранее проведенных исследований о динамике психических состояний, личностных особенностях, уровне компенсации и пр. Однако, на сегодняшний день существует знание о том, что рак молочной железы дифференцируется по молекулярным формам и каждая из них представляет разные патологии, что позволяет нам предположить о различии психологических портретов. А активно изучаемая в последнее время виктимность онкологических пациентов позволит расширить психологический портрет.

На сегодняшний день мы знаем, что исследователи А.П. Карницкий, В.А. Чулкова и др., работающие в НИИ онкологии Н.Н. Петрова, выявили три фазы динамики психического состояния, которые являются основой для программ психологического сопровождения [2, С. 160].

В.А. Чулкова изучала личностные особенности пациентов с раком молочной железы и их взаимосвязь с уровнем и особенностями психологической компенсации. Автор отметила, что эмоциональные реакции на болезнь и лечение выражены у менее компенсированных групп. Более компенсированные группы проявляли уверенность в себе, потребность в семье и работе, в то время как менее компенсированные пациенты не знали, как сказать о своем заболевании другим людям. Так же выявили четыре варианта профилей, характеризующие личностные особенности женщин с раком молочной железы: депрессивный, аффективно-ригидный, дезадаптивный и истерический [1, С. 120].

Д.А. Циринг, Е.А. Евстафьева при исследовании личностных характеристик и копинг-стратегий женщин с раком молочной железы, выявили разогласованность с ранними американскими исследованиями о раковой личности, которая характеризуется покорностью, ощущением беспомощности и безнадёжности (личность типа С) [5].

Феномен виктимности в онкопсихологии стали рассматривать относительно недавно, а потому в настоящее время существует малое количество исследований, посвященных данной проблематике. Несмотря на малоизученность этой темы, ученые отмечают наличие виктимности у онкологических пациентов.

Так, Е.И. Михалькова и С.А. Радченко исследовали особенности проявления виктимности у людей с онкологическими заболеваниями и выявили взаимосвязь между виктимностью онкологических пациентов и таких качеств, как неуверенность в себе и социальная активность. Авторы отмечают, что у людей с онкологическим заболеванием наблюдается средний уровень виктимного поведения. Они пассивны и не уверены в себе, не умеют грамотно сбалансировать напряженную работу и отдых. Часто не могут отстоять свою точку зрения перед важным человеком в силу своей беспомощности, физической слабости и трусости, нежелания брать на себя ответственность за свои действия и т.д. Они стараются уклоняться от выполнения каких-то определенных задач, а в кризисных ситуациях нуждаются в сочувствии и поддержке близких людей [3].

Р.А. Субботина с соавторами исследовали психологическое содержание виктимности у онкопациентов, подтвердив предыдущие исследования о наличии виктимности у онкологических пациентов и отметив склонность к манипулированию своего окружения с целью получения поддержки, закрепляя как неконструктивный копинг [4].

Таким образом мы видим, что на сегодняшний день изучение виктимности у онкологических пациентов малочисленно, не смотря на свою актуальность. Не существует исследований виктимности по нозологиям и гендерному принципу, что позволило бы проектировать наиболее корректную работу, направленную на

коррекцию копинг-стратегий и профилактику виктимности у онкологических пациентов.

Цель исследования: Выявление особенностей женщин с раком молочной железы с дальнейшей формулировкой рекомендаций для психологов, медицинских работников и родственников.

Материалы и методы. Диагностический пакет методик состоял из:

1) «Тест виктимной идентичности» О.А. Андронниковой, который позволил измерить уровень виктимной идентичности у респондентов исследования;

2) Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ) (в адаптации В.П. Зайцева, 1981г), с помощью которого мы смогли рассмотреть личностные характеристики в каждой из групп респондентов;

3) Опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса (дополнительно стандартизирована в НИПНИ им. Бехтерева Л.И. Вассерманом, Б.В. Иовлевым и др), который позволил нам выявить способы совладающего поведения респондентов всех групп.

Респондентами исследования выступили 125 женщин, из них 25 (20%) респондентов с люминальным А раком молочной железы (РМЖ), 25 (20%) респондентов с люминальным В РМЖ, 25 (20%) респондентов с HER 2 РМЖ, 25 (20%), 25 (20%) респондентов с трижды негативным РМЖ и 25(20%) респондентов – контрольная группа- условно здоровые. Возраст испытуемых – 28-47 лет (средний возраст – $37,3 \pm 5$, лет). Все больные проходили специальную противоопухолевую химиотерапию.

Результаты. Для выявления статистически значимых отличий между группами мы использовали непараметрический U-критерий Мана-Уитни и сравнили контрольную группу с каждой из основных. Данный анализ показал следующие результаты:

1) Люминальная А форма рака молочной железы достоверно отличается от контрольной группы шкалами ипохондрия, истерия и паранойальность ($p < 0,05$). А по копинг-стратегиям отличается шкалами конфронтационный копинг, дистанцирование, поиск

социальной поддержки, принятие ответственности, бегство избегание, положительная переоценка ($p<0,05$);

2) Люминальная В форма рака молочной железы отличается от контрольной группы шкалами ипохондрия, депрессия, истерия ($p<0,05$). По копинг-стратегиям отличается шкалами конфронтационный копинг, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство избегание ($p<0,05$);

3) HER 2 позитивная форма рака молочной железы отличается от контрольной группы шкалами ипохондрии, депрессии, истерии, психастении, шизоидности и гипомании ($p<0,05$). По копинг-стратегиям отличается шкалами поиск социальной поддержки и принятие ответственности ($p<0,05$);

4) Трижды негативная форма рака молочной железы отличается от контрольной группы уровнем виктимной идентичности ($p<0,05$). Также есть различия по шкалам ипохондрия, истерия, психопатия, психастения и шизоидность ($p<0,05$). По копинг стратегиям выявлены достоверные отличия по таким шкалам, как дистанцирование, самоконтроль, принятие ответственности, бегство избегание, планирование решения, положительная переоценка ($p<0,05$).

Общий анализ исследования позволяет сделать нам следующие выводы:

- существуют достоверные отличия между группами респондентов с раком молочной железы различных молекулярных форм по уровню виктимной идентичности, личностных характеристик и копинг стратегий;

- среди групп с раком молочной железы и в контрольной группе не выявлен высокий уровень виктимной идентичности;

- уровень виктимной идентичности имеет достоверные отличия в группе с молекулярной формой трижды негативный рак молочной железы;

- чем сильнее агрессивность молекулярной формы рака молочной железы, тем больше респондентов с средним уровнем виктимной идентичности. Однако, данная закономерность наблюдается среди люминального А, люминального В и HER 2 молекулярных форм рака молочной железы. В то время, когда наиболее агрессивная форма рака – трижды негативный, наобо-

рот показывает большое количество респондентов с низким уровнем виктимной идентичности;

- наибольшее количество корреляционных связей уровня виктимной идентичности с шкалами опросника СМОЛ и шкалами опросника копинг стратегии совладающего поведения выявлено у респондентов, состоящих в группе с молекулярной формой трижды негативный рак молочной железы.

Выводы. Обобщив все результаты диагностического этапа, мы можем сказать, что между группами с различными молекулярными формами рака молочной железы существуют достоверные отличия по уровню виктимной идентичности, личностных характеристик и копинг стратегий. Также ни у одной из групп не выявлен высокий уровень виктимной идентичности и чем сильнее агрессивность молекулярной формы рака молочной железы, тем выше показатели уровня виктимной идентичности. Однако, данная закономерность наблюдается среди люминальной А, люминальной В и HER 2 молекулярных форм рака молочной железы, в то время, когда наиболее агрессивная форма рака – трижды негативная, наоборот показывает большое количество респондентов с низким уровнем виктимной идентичности. Важно сказать, что наибольшее количество корреляционных связей уровня виктимной идентичности с шкалами опросника СМОЛ и шкалами опросника копинг стратегии совладающего поведения выявлено у респондентов, состоящих в группе с молекулярной формой трижды негативный рак молочной железы.

Таким образом, женщины с различной молекулярной формой рака молочной железы отличаются психологическими особенностями и обладают особым уровнем виктимной идентичности и их психологическое сопровождение должно учитывать уровень виктимной идентичности, тип личности и копинг- стратегии, которые они используют.

Список литературы

1. Беляев А.М. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство // А.М. Беляев и коллектив авторов / СПб: Любавич, 2017. – 352 с. ISBN 978-5-9908557-4-8

2. Карицкий А.П., Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Семиглазова Т.Ю. Реабилитация онкологического больного как основа повышения качества его жизни // А.П. Карицкий, В.А. Чулкова, Е.В. Пестерева, Т.Ю. Семиглазова / Вопросы онкологии. -2015. – № 2. – С. 180-184.
3. Михалькова Е.И. Особенности проявления виктимности личности с диагнозом «онкология» // Михалькова Е.И. Радченко С.А./ Вестник науки и образования, 2022 – № 4-1(124). – С. 99-109.
4. Субботина Р.А. Индивидуальные особенности онкологических больных с виктимной установкой // Р.А. Субботина и др./ Лечебное дело, 2022. – №2. – С. 44-49.
5. Циринг Д.А, Евстафьева Е.А Личностные характеристики, копинг-стратегии и качество жизни женщин, больных раком молочной железы// Д.А. Циринг, Е.А. Евстафьева / Общество: социология, психология, педагогика, 2020. – №4(72). – С. 87-91.

ДЯКИНА ЛИДИЯ ВИКТОРОВНА

педагог-психолог

ТОГБУ «Центр поддержки семьи и помощи детям «Аистенок»

г. Мичуринск, Российская Федерация

beauty-lida@yandex.ru

**РАБОТА С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ
ДЕТЕЙ В ЗАМЕЩАЮЩИХ СЕМЬЯХ
В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
АССОЦИАТИВНЫХ МЕТАФОРИЧЕСКИХ КАРТ
И ЭЛЕМЕНТОВ СКАЗКОТЕРАПИИ**

Аннотация. Любая замещающая семья неминуемо проживает процесс адаптации к новым условиям жизнеустройства. Процесс адаптации для ребенка протекает много сложнее, чем для приемных родителей, хотя и их жизнь претерпевает ряд изменений. Интегративное использование ассоциативных и метафорических методик в диагностике и коррекции позволяет мягко и экологично выявить имеющиеся проблемы, о которых по тем или иным причинам семья может сознательно умалчивать и незамедлительно приступить к коррекции.

Ключевые слова: замещающая семья, депривация, социализация, ассоциативные метафорические карты, метафорическая сказка.

Социальная роль института семьи в формировании и развитии полноценно развитой личности не вызывает сомнений. Неоспоримы и негативные последствия социальной депривации детей, оставшихся без попечения родителей, дети, потерявшие в семью, вместе с тем теряют возможности для формирования и развития самостоятельности и инициативности, навыков принятия ответственности за свои решения и свою жизнь в целом, утрачивают веру в людей... Именно эти навыки являются базисом для любых здоровых межличностных взаимоотношений – дружбы, любви, собственной семьи.

На сегодняшний день, замещающая семья является приоритетной формой жизнеустройства детей, оставшихся без попечения родителей, являясь, пожалуй, единственной альтернативой государственным детским учреждениям для детей, потерявших

биологических родителей. Такая форма жизнеустройства призвана обеспечить полноценный процесс социализации и всестороннего развития ребенка, предусматривая возможность развития нравственных чувств личности посредством привязанности и взаимной любви с родителями.

Попадая в замещающую семью, ребенок уже успевает пережить и перенести множество жизненных ударов, которые вынуждают его быть настороженным, не доверять никому, не иметь близкой привязанности, тогда как приемные родители ждут от ребенка открытости, доверия и проявления любви... А потому, любая замещающая семья неминуемо проживает процесс адаптации к новым условиям жизнеустройства. Скорость и сложность протекания процесса адаптации, несомненно, зависит от многих факторов, и службы сопровождения замещающих семей способны существенно ускорить и упростить этот процесс.

Безусловно, что процесс адаптации для ребенка протекает много сложнее, чем для приемных родителей, хотя и их жизнь претерпевает ряд изменений. Однако, следует принять во внимание, детский возраст, а следовательно, учитывать возрастные и интеллектуальные особенности ребенка, предыдущий (зачастую негативный) социальный опыт, фактор привыкания к «всесторонней новизне» – ребенок должен принять новый образ жизни, новых людей, «территорию» проживания и т.п.

Условно процесс адаптации можно разделить на три основных этапа (рис. 1).



Рисунок 1

На этапе первичной адаптации ребенок знакомится с новой семьей, обстановкой и правилами, которыми руководствуется его новая семья, тогда как семья знакомится со своим новым членом, узнает его особенности и привычки.

Период вторичной адаптации иначе называется регресс, поскольку именно на этом этапе достигнутое на первом этапе адаптации благополучие резко сменяется «бунтом» против правил и норм, которые на предыдущем этапе были приняты. Этот этап является одновременно проверкой системы ценностей и правил в семье на прочность, а также защитой, отходным путем, в случае, если новая семья не пройдет эту проверку – у ребенка сохраняется возможность вернуться к прежнему, привычному для него поведению и образу жизни.

После того, как ребенок убедится, что новым родителям можно доверять после того как они достойно прошли этап проверки, поведение ребенка снова входит в нормативные рамки.

Система сопровождения замещающей семьи предполагает оказание квалифицированной помощи, как родителям, так и ребенку, на любом этапе адаптации при появлении любого рода сложностей. Однако, обращение за помощью, согласно нашему практическому опыту, происходит тогда, когда молчать о проблеме и дальше терпеть нет сил уже у обеих сторон. Поэтому мы полагаем, что система сопровождения замещающих семей должна проводить диагностику эмоционального состояния всех членов новой семьи на всех этапах адаптации, что позволит значительно смягчить процесс изменения для всех участников социального института, избежать сложностей интеграции ребенка с семейную систему.

Интегративное использование ассоциативных и метафорических методик в диагностике и коррекции позволяет мягко и экологично выявить имеющиеся проблемы, о которых по тем или иным причинам семья может сознательно умалчивать и незамедлительно приступить к коррекции. МАК (метафорические ассоциативные карты) – это карточки или открытки с ярким изображением людей, животных, предметов жизнедеятельности, пейзажей, эмоций, ситуаций, узоров, абстракций, образов. При помощи этих картинок у человека вызываются ассоциации, чтобы понять

его настоящие чувства, определить, что именно его волнует на самом деле, чего он боится, о чем мечтает. Использование проективных методик в работе с замещающими семьями позволяет специалисту «разговорить» каждого члена семьи, понять его страхи и волнения, разобраться в чувствах и эмоциях, которые зачастую скрываются и маскируются за внешним благополучием. А вместе с выявленной проблемой можно сразу же раскрыть ресурс для преодоления этой сложности. Терапевтическая сказка – универсальный метод психокоррекции и психотерапии, который равноценно эффективен как в работе с детьми, так и со взрослыми, и помогает мягко и эффективно найти выход из сложной жизненной ситуации. Используя ассоциативные метафорические карты во время очередной встречи с замещающей семьей специалист психолог или педагог-психолог имеет возможность диагностировать ситуацию в семье и эмоциональное состояние ребенка и других членов семьи. Полученную информацию можно сразу же проработать с помощью помогающей сказки. В качестве коррекционной сказки можно использовать «готовые» авторские сказки, подбирая по возрасту и тематике, по схожести затрагиваемых в тексте проблем. Однако, выбор готового текста требует времени, а значит, работу с выявленной проблемой придется отложить до следующей встречи. Намного продуктивнее с точки зрения продолжения работы «здесь и сейчас» будет сочинение своей сказки. Можно использовать как индивидуальный подход, так и совместное творчество всех членов семьи, в зависимости от проблемы и того уровня доверия и этапа адаптации, на котором находится замещающая семья.

Использование МАК-карт со сказочными сюжетами, например, «Тропинка к своему «Я» [4] позволяет одновременно выявить проблему и сразу же предложить ребенку или родителю сочинить сказку, т.е. обозначив проблему, сразу же приступить к поиску решений этой проблемы. Сочиняя свою собственную историю по картинке, ребенок или взрослый невольно рассказывает о себе, о своей собственной проблеме или страхе, выстраивая сказочный сюжет, будет искать пути преодоления своих проблем. Если уровень интеграции в семье позволяет, то можно привлекать замещающих родителей к работе над созданием новых вер-

сий истории, или, если такой возможности пока еще нет, эту роль может временно исполнять специалист, предлагая ребенку другие варианты поведения, альтернативные способы реагирования.

Использование такого подхода к работе по ведению замещающей семьи позволяет быстро и эффективно помогать всем членам семьи проходить этапы адаптации, а в последующем гармонично развиваться уже в новых сферах и плоскостях.

Список литературы

1. Диагностика детско-родительских отношений в замещающих семьях: Методическое пособие для специалистов по сопровождению замещающих семей / Составитель: Сухорукова Л.И. – педагог-психолог отдела сопровождения замещающих семей ГБУ «Центр психолого-педагогической помощи семье и детям»: Южно-Сахалинск, 2018.

2. Диагностика адаптированности детей в приемной семье методическое пособие. – Ангарск – Иркутск: УМЦ РСО, 2017. – 64 с. Авторы-составители: Арбатская Е. С. Дичина Н. Ю., канд. пед. наук, доцент Научное редактирование: Переломова Н. А., д-р пед. наук, проф.

3. Лабиринты души: Терапевтические сказки / Под ред. О.В.Хухлаевой, О.Е. Хухдаева. – М.:Академический Проект; Фонд «Мир», 2013.

4. Тропинка к своему «Я». Ассоциативные метафорические карты в арт-терапии / Л.И. Кононова; художник П.В. Яковлева. – Москва; Санкт-Петербург: Речь, 2021.

ДЯКИНА НАТАЛИЯ ВИКТОРОВНА

Медицинский психолог высшей квалификационной категории

ТОГБУЗ «МПБ»

г. Мичуринск

Российская Федерация

dyakina2011@yandex.ru

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ДИССОЦИАТИВНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ. ПЕРЕХОД НА МКБ-11: НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА БОЛЕЗНЬ

Аннотация: Переход системы здравоохранения на классификацию болезней 11-го пересмотра ставят узких специалистов перед необходимостью разрешения сложных и спорных вопросов диагностики и коррекции диссоциативного расстройства личности. Отличительной особенностью нового рубрикатора является тот факт, что наряду диссоциацией с неврологическими нарушениями рассматриваются варианты расстройства личности без неврологических симптомов, тогда как ранее диссоциация рассматривалась исключительно в рамках конверсионных расстройств. неоспоримым плюсом новой классификации болезней стало то, что диссоциативное расстройство личности рассматривается не только как конверсионное расстройство, которое появилось в результате травмирующего события и проходит через короткий промежуток времени.

Ключевые слова: диссоциативное расстройство личности, конверсионные расстройства, диссоциативная амнезия, диссоциативная фуга.

Изучением механизма воздействия психических травм на становление личности, использование защитных ресурсов привлекало интересы многих исследователей XX века, не смотря на это, диссоциация (как патологическое состояние) до настоящего времени остаются малоизученной. В 1981 году американский психиатр Джон Немия сформулировал два основных принципа для определения патологической диссоциации:

- диссоциация сопровождается изменением идентичности индивида.

- наличие серьезного нарушения воспроизведения воспоминаний о событиях, когда индивид находился в диссоциативном состоянии.

В 1985 году Фрэнк Патнем предположил наличие причинно-следственной связи между психическими травмами и патологической диссоциацией, заявив, что подавляющее большинство диссоциативных расстройств является результатом перенесенных психических травм. И именно эта гипотеза является, на наш взгляд, основополагающей в возникновении и развитии такого сложного нарушения психики как диссоциативное расстройство личности. За последние годы нами была проведена колоссальная работа изучению причин возникновения диссоциативного расстройства личности, прогрессирования нарушений, а также разработана авторская методика коррекции данного нарушения. Тезисы результатов этих работ опубликованы в различных сборниках научных статей. Переход системы здравоохранения на классификацию болезней 11-го пересмотра ставят узких специалистов перед необходимостью разрешения сложных и спорных вопросов диагностики и коррекции диссоциативного расстройства личности.

В Международной классификации болезней 10 пересмотра» определены диагностические критерии четырех самостоятельных диссоциативных расстройств:

- Психогенная амнезия (F44.0);
- Психогенная фуга (F44.1);
- Расстройство деперсонализации (F44.3);
- Расстройство множественной личности (F44.8).

Психогенная амнезия проявляется во внезапной неспособности вспомнить важную личную информацию, при этом нарушение памяти не обусловлено соматическим состоянием или воздействием ПАВ. Забывание затрагивает настолько значимые стороны жизни пациента, что списать эти факты на рассеянность или бытовую забывчивость не представляется возможным. Как правило, забытая информация связана с идентичностью индивида и касается его имени, возраста, семейного положения, информации о роде его деятельности, а также истории его жизни. При этом остается неповрежденной способность индивида к воспроизведе-

нию совокупности общих знаний, что является основным признаком, отличающим психогенную амнезию от расстройств, обусловленных органическими причинами, при которых, прежде всего, забывается информация общего свойства, а способность воспроизведения личной информации утрачивается в последнюю очередь.

Психогенная fuga – это состояние, не вызванное органическим нарушением (травма головы), в котором личность предпринимает внезапную неожиданную поездку. Как правило, у пациентов в состоянии fugи отсутствуют воспоминания, с их исходной личностной идентичностью. После прекращения fugи и возвращения основной идентичности у пациента наступает амнезия на события, которые происходили в состоянии fugи.

Деперсонализация приобретает характер психического расстройства, если пациент переживает один или несколько эпизодов, в которых состояние деперсонализации вызывает значимые нарушения социального функционирования, либо состояние дистресса. Деперсонализация являет собой состояние измененного самовосприятия, когда человек утрачивает чувство реальности в отношении самого себя. При этом могут иметь место сенсорные нарушения, например, анестезии, парестезии, изменение восприятия размеров тела или отдельных частей тела, макроскопия или микроскопия.

Отдельной группой в классификации болезней выделены расстройства, которые охватывают сразу несколько диссоциативных феноменов, поскольку они не соответствуют в полной мере описанию основных расстройств, но вместе с тем, они охватывают изменения идентичности, памяти и сознания. American Psychiatric Association в 1987 определила это расстройство как нетипичное диссоциативное расстройство (F44.9).

В новой Международной Классификации Болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) для диагностики диссоциативных расстройств отведен целый блок L1-6B6. Отличительной особенностью нового рубрикатора является тот факт, что наряду диссоциацией с неврологическими нарушениями рассматриваются варианты расстройства личности без неврологических симптомов,

тогда как ранее диссоциация рассматривалась исключительно в рамках конверсионных расстройств.

«Диссоциативные расстройства характеризуются произвольным нарушением или сбоем целостного функционирования одной или более из следующих сфер: личностная идентичность, ощущения, восприятие, эмоции, мышление, память, контроль над движениями тела или поведением. Нарушение или сбой может быть тотальным, но обычно бывает частичным, и может меняться день от дня или даже в течение часа» [9].

Таким образом, указанные феномены, которые ранее рассматривались как самостоятельные, существующие изолированно друг от друга, расстройства, в новом подходе возможно рассматривать как звенья одной цепи. Другими словами, данные феномены являются симптомами, проявляющимися последовательно или одновременно, одного синдрома.

Инстинктивная реакция к защите психики (самосохранение) при сильном воздействии негативного (травмирующего) события запускает первичный защитный механизм – диссоциацию. Защитная функция диссоциации – через расщепление сохранить психику от более серьезных повреждений.

Фрэнк В. Патнем в своей работе «Диагностика и лечение расстройства множественной личности» опирается на определение диссоциации, предложенное Жаклин Вест (1967): это «психобиологический процесс, который активно препятствует интеграции информации – привходящей, сохраняемой или исходящей – через образование ассоциативных связей обычными естественными путями». Патнем признает, что «не все переживания такого рода являются патологическими», однако определяет диссоциативную реакцию как «переживание или поведение, характеризующееся заметными изменениями в сферах мышления, эмоций или в деятельности индивида, вызванными диссоциацией, так что нормальные естественные пути построения обычных ассоциативных связей с блоком некой информации и ее интеграции оказываются блокированы в течение некоторого времени».

Таким образом, мы можем говорить о том, что диссоциация личности бывает двух типов: нормативная и патологическая. В первом случае речь идет о естественной защитной реакции на

стресс. В этом случае диссоциацию можно рассматривать как средство адаптации, а не как защитный механизм. И вот в этом случае допустимо говорить и рассматривать диссоциацию как конверсионное расстройство, как это было сформулировано в МКБ-10 – «общепринятыми положениями, на основе которых выделяются диссоциативные, или конверсионные, расстройства, являются полная или частичная потеря нормальной интеграции между памятью на прошлые события, способностью осознать себя как личность и непосредственными ощущениями и способностью управлять движениями тела. Все виды диссоциативных расстройств имеют тенденцию к исчезновению через несколько недель или месяцев, особенно если их возникновение связано с каким-либо травмирующим событием в жизни. Многие хронические расстройства, особенно параличи и потеря чувствительности, могут развиваться на основе существования неразрешимых проблем и межличностных сложностей. Эти расстройства ранее преимущественно классифицировались как различные виды "конверсионной истерии". Считается, что они имеют психогенную этиологию, поскольку по времени возникновения тесно связаны с травмирующими событиями, неразрешимыми и невыносимыми проблемами или нарушенными взаимоотношениями» [8].

Таким образом, мы полагаем, что новая классификация болезней позволяет диагностировать диссоциативное расстройство личности более точно и детально, с привнесением новых рубрик в блоке не отвергается и конверсионная форма диссоциации. Однако, неоспоримым плюсом новой классификации болезней стало то, что диссоциативное расстройство личности рассматривается не только как конверсионное расстройство, которое появилось в результате травмирующего события и проходит через короткий промежуток времени. Психиатрия признает диссоциативное расстройство личности как заболевание, которое без должной психотерапевтической коррективки, существенно влияет на все сферы жизнедеятельности человека, снижая качество жизни.

Ключевой проблемой диагностики диссоциативного расстройства личности по-прежнему остается проблема отсутствия верифицированных опросников или тестовых методик.

Мы предлагаем чек-лист, на основании которого специалист может предположить у пациента наличие диссоциативного расстройства личности. В основу этого опросника положены основные феномены заболевания. Получив положительные ответы по каждому блоку, выдвигается гипотеза о наличии у пациента именно диссоциативного расстройства личности, что является основанием для более детального интервью в отношении психических травм, которые могли спровоцировать дебют заболевания, а также уточнить в более подробной беседе, каким именно образом развивается нарушение.

Рисунок 1

Сфера интереса	Вопросы психолога
Психогенная амнезия	Бывало ли с тобой такое, что ты теряла по несколько часов в сутках?
	Часто ли такое происходит, что тебе не удается вспомнить, как прошла половина твоего дня?
	Случалось ли тебе находить у себя вещи, которые тебе не принадлежат и никогда не были интересны тебе?
	Бывало ли такое, что тебя обвиняли во лжи из-за того, что обвиняли в чем-либо, но ты действительно не понимал, о чем речь?
Дереализация и деперсонализация	С тобой никогда случалось такое, что ты как-то странно ощущал свое тело, словно какая-то часть его – не твоя? Случалось ли тебе не узнавать свое отражение в зеркале?
Нарушения сна	Есть ли у тебя проблемы со сном?
Навязчивость образов	Бывает ли такое, что тебя словно преследует какая-то навязчивая идея и /или мысль? Приходилось ли тебе ловить себя на мысли, что знаешь информацию, но не понимаешь, откуда у тебя такие знания?

Диссоциативная фуга	Доводилось ли тебе вдруг «найти» себя в незна- комом месте? Бывают ли в твоей жизни ситуации, когда ты оказываешься в известном месте, но не планиро- вал туда идти и не можешь вспомнить, как имен- но там оказался?
------------------------	--

Вопрос о методах коррекции и способах диагностики остается открытым, не смотря на то, что упоминания о диссоциативных состояниях появлялись в психологической литературе еще со времен Парацельса.

Список литературы

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. (DSM-5, DSM-V). Washington, DC London American Psychiatric Association, 2013. – 970 p. – ISBN 978-0-89042-554-1. – ISBN 978-0-89042-555-8.
2. Большая психологическая энциклопедия самое полное современное издание. Более 5000 психологических терминов и понятий / [А.Б. Альмуханова и др.]. – М.: Эксмо, 2007. – 542, [1] с. портр. – ISBN 978-5-699-20617-9.
3. Детская психиатрия. Учебник / Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. – СПб.: Питер, 2005. – 1120 с.
4. Дякина Н.В. Диссоциация и расстройство множественной личности как следствие перенесенных психических травм в детском возрасте. - Мичуринск, 2020.
5. Екатеринина, А.А. Влияние детской психической травмы на взрослую жизнь / А.А. Екатеринина. – Текст непосредственный // Молодой ученый. – 2020. – № 10 (300). – С. 213-215. – URL: <https://moluch.ru/archive/300/67810/> (дата обращения: 22.08.2020).
6. Зинченко, В. Большой психологический словарь / ред. Б. Мещеряков, В. Зинченко. – М.: АСТ, 2009. – 816 с.
7. Краткий психологический словарь / Составители: Л.А. Карпенко, А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский, 1998 год
8. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Клинические описания и указания по диагностике: Классификация психических и поведенческих расстройств. М.: Сфера, 2005. – 308 с.

9. МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейropsychического развития. Статистическая классификация. – М.: «КДУ», «Университетская книга» – 2021. – 432 с. – DOI:10.31453/kdu.ru.91304.0143. ISBN 978-5-91304-954-4. Под общей редакцией Г.П. Костюка Перевод на русский язык М.А. Кулыгиной В подготовке перевода принимали участие: А.С. Четкина, К.А. Алтухова, И.Д. Аничина, Е.В. Березина, А.С. Губина, Ю.И. Калинина, Ю.Г. Карпенкова, С.А. Лукьянова, А. Мао, К.П. Соловьева, Д.А. Суслопарова, а также А.Ю. Колгашкин и А.В. Надеждин (раздел Расстройства вследствие употребления психоактивных веществ и аддиктивного поведения).

10. Менделевич В.Д. Клиническая (медицинская) психология: Учебник. – М.: Медицина, 1995.

11. Патнем Фрэнк В. Диагностика и лечение расстройства множественной личности / Пер.сангл.–М.:«Когито-Центр», 2004.–440 с. (Клиническая психология).

12. Проблемы теории и практики современной психологии материалы XX Всероссийской научно-практической конференции с международным участием.Иркутск, 23–24апреля2021 г. / ФГБОУ ВО «ИГУ» [редкол.: И.А. Конопак [и др.]]. – Иркутск: Издательство ИГУ, 2021.

13. Психология психических состояний: сборник материалов XVI международной научно-практической конференции (Казань, 24-25 февраля 2022г.) / сост. А.В. Климанова; под общ. ред. М.Г. Юсупова, А.В. Чернова. - Казань: Издательство Казанского университета, 2022. – Вып. 16.- 418с.

14. Подопригова, А.С. Краткий психологический словарь / А.С. Подопригова. – М.: Феникс, 2012. – 459с.

15. V International Multidisciplinary Conference «Prospects and Key Tendencies of Science in Contemporary World». Bubok Publishing S.L., Madrid, Spain. 2021. 64 p

УРУСОВА ЕКАТЕРИНА АЛЕКСАНДРОВНА

Старший преподаватель Департамента литературы
и межкультурной коммуникации НИУ ВШЭ
г. Нижний Новгород
UK1801@yandex.ru

ПОЯВЛЕНИЕ ТЕМЫ БЛИЗОСТИ И ИЗОЛЯЦИИ ПРИ ОБСУЖДЕНИИ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ПОДРОСТКОВ О СЕМЬЕ: ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ РАКУРС ПРОБЛЕМЫ

Аннотация. В статье рассматриваются особенности построения близких отношений в подростковом возрасте, и влияние возрастной специфики на представления о любви и дружбе и проживание экзистенциальной изоляции и противостоящей ей близости. Оценивается возможность обсуждения одиночества в контексте представлений подростков о своей реальной и будущей семье. Так, испытывая изоляцию в актуальном состоянии, подростки компенсаторно наделяют семейные отношения элементами слияния.

Ключевые слова. Подростки, представления о семье, изоляция, близость.

Подростковый возраст – активно протекающий период взросления, в рамках которого происходит погружение в интимно–личностное общение со сверстниками и постижение разных граней отношений, а также чувств и состояний, связанных с ними. Подросток, включенный в межличностное взаимодействие, старающийся проявить себя и найти поддержку в окружении, неизбежно сталкивается не только с возникающим чувством привязанности, но и с ощущением собственного одиночества и изоляции. Как отмечают Л.Б. Волынский, В.Н. Колюшкий, Г. Крайг, И.Ю. Кулагина, В.Н. Колюшкий, В.С. Мухина, Д.И. Фельдштейн, И.Ф. Шиялева и др., отверженность, которую ощущает личность на данном возрастном этапе, возникает в ответ на отказ общения, в случае проявления неуважения, непонимания, игнорирования или обмана со стороны других [6, 8, 12, 16, 17]. Длительное переживание одиночества становится основой для формирования и

закрепления тревоги и социальных страхов у подростков. Так, О.В. Голубь и А.А. Тукузкова указывают, что подростки, испытывающие сильное субъективное одиночество и осознающие собственную изолированность, испытывают проблемы в социальной адаптации, с трудом устанавливают контакты и имеют повышенную чувствительность к ситуациям, связанным с критикой и отвержением [1]. В последствии сложившиеся социальные страхи закрепляют неуверенность в себе, приводят к трудностям во взаимодействии с противоположным полом, а в отдельных случаях переходят в форму социальной фобии [11]. При этом отдельный акцент стоит сделать на том, что мальчики – подростки в большей степени чувствуют одиночество, в том числе и хроническое; девочки же чаще ощущают ситуативное одиночество. Как отмечает И.Ф. Шиляева, причинами подобной специфики можно считать скорость включения подростков разного пола в социальные отношения, ориентацию девочек на установление социальных контактов и групповое взаимодействие, а ориентацию мальчиков – на конкуренцию, индивидуальность и стремление ее подкрепления [17].

Одновременное стремление к индивидуации и проявления самостоятельности, а также зависимость от оценки окружающих и желание быть принятым и услышанным, может породить внутриличностный конфликт, приводящий к страданиям (силу которых часто недооценивают). Подросток неизбежно начинает задавать вопросы, касающиеся собственного Я и разворачивающегося бытия, сталкиваясь, таким образом, с экзистенцией. Как отмечают Ю. Кочунене, Д.В. Култышов, Д.А. Леонтьев, Т.А. Попова и др., на данном возрастном этапе можно увидеть развивающуюся личность как человека, постоянно возникающего и становящегося, а значит, творящего свое бытие [5, 7, 9, 10]. Подростковое экзистенциальное Я начинает соотноситься прежде всего с Я социальным и личностными поведенческими характеристиками. Подросток, исследуя себя, обнаруживает как раскрывается его эмоциональная, интеллектуальная, социальная и интимная жизнь, и начинает размышлять о своих возможностях влиять на происходящее. Таким образом подросток сталкивается с ответственно-

стью за выстраивание отношений с окружающими и неизбежно встречается с экзистенциальной данностью изоляции.

Например, как отмечают А.И. Аитбаева, И.С. Кон, Н.В. Колюцкий, И.Ю. Кулагина, Л.В. Мудрик, Е.А. Хомутникова и др., в силу особенностей подросткового возраста любовь и дружба (как эмоционально близкие отношения) разворачиваются как возможность самораскрытия и удовлетворения собственной потребности в принятии, избавления от внутренней напряженности, а не попытка узнавать другого [2, 4, 5, 6]. Отчасти причиной подобного уровня взаимности в отношениях может быть диффузная идентичность, при которой несформированное Я подростка не может выстроить отношения, наполненные межличностной интимностью, а способен только на видимую «совместность». Так может укрепляться ощущение «оторванности» и одиночества, основанное на неоднородности отношений друг с другом.

Компенсировать подобные ощущения могли бы детско-родительские отношения, в которых взрослые являются источником позитивного интереса и помогают взрослеющим мальчиком и девочкам поддерживать и углублять ощущение близости. Однако зачастую подросток обнаруживает возрастающую дистанцию со своей семьей и родителями, которые больше не могут выстраивать взаимоотношения с ребенком ранее сложившимся способом. Негативизм, стремление к проявлению взрослости, максимализм, повышающаяся критичность – все это лишь углубляет дистанцию в детско-родительских отношениях и усиливает чувство покинутости и одиночества [8, 12, 16, 17]. Отвечая на происходящие с ребенком изменения, родитель реагирует и наталкивается на собственное ощущение уязвимости и изолированности от «знакомого» ребенка. И вместо того, чтобы выстроить новый контакт на основе общей, складывающейся здесь и сейчас возможной близости, опирается на имеющийся родительский стиль воспитания. Так, пытаясь все больше контролировать, ограничивать и влиять, родители могут нарушать появившееся интимное пространство ребенка (например читать личные дневники, переписки, следить за активностью в социальных сетях и т.п.), что в конечном итоге приводит к возникновению недоверия и увеличению межличностной дистанции [3]. Наличие подобной дистанции

и восприятие родителя как эмоционально недоступного приводит к накоплению агрессии и повышению конфликтности в поведении. При этом ощущение отсутствия интереса со стороны родителей обоих полов, эмоциональное равнодушие или враждебное отношение со стороны отца или отца и непоследовательность в поведении родителей являются стрессогенными для подростков [14]. В случае проявления авторитарного стиля воспитания наиболее фрустрирующей является фигура отца, а агрессия возникает по отношению к лицам мужского пола. Подростки привыкают сдерживать свои эмоции, проявляют пассивность в общении, а значит, им сложно преодолеть страх проявления себя и своих чувств. Последствием либерального семейного воспитания является восприятие лиц женского пола как фрустрирующих, а поведение наполнено импульсивностью и низким самоконтролем. Индифферентный стиль приводит к чрезмерному контролю над агрессией по отношению к лицам, вызывающим фрустрацию, а подростки испытывают неуверенность в себе и чувство вины [3]. Таким образом, способность выстраивать и создавать близкий контакт оказывается под влиянием возможностей родителей поддерживать последовательные, позитивные и принимающие отношения внутри семьи. Дисгармоничные внутрисемейные отношения, наполненные конфликтами, отсутствием уважения и доверия, приводят к формированию представлений о взаимоотношениях вообще, как об опасных, непредсказуемых, фрустрирующих. А сам подросток начинает воспринимать себя как не интересного, ненужного, изолированного [12].

Осмысливая собственное положение и имеющуюся «невозможность» выстроить доверительные отношения со сверстниками и взрослыми, подросток может отразить собственную фрустрированную потребность в формируемом образе собственной будущей семьи и в представлениях о ней. Как показывают проведенные нами исследования, подростки ориентируются на имеющиеся паттерны взаимоотношений родительской семьи, уделяя при этом ведущую роль эмоциональным отношениям и поддержке. Описывая собственную идеальную семью, мальчики и девочки выносят на первый план крайне близкие отношения, предполагающие эмоциональное слияние партнеров, смешение супру-

жеских ролей, минимизацию личного пространства и независимости [13]. Идеальной становится семья, в которой нет эмоциональной и личностной автономии, и данный аспект указывается как возможность получать поддержку, обсуждать семейные события, иметь доступ к выражению и разделению эмоций. Подобное стремление к слиянию представляет собой проявление неосознаваемого механизма защиты от тревоги, возникающей в ответ на столкновение с экзистенциальной данностью изоляции.

Это закономерно приводит к возникновению вопроса о той форме, в которой подростки представляют себе бытие-с-другими и отношения в целом. В силу возрастных особенностей и оторванности от возможностей обсуждения темы близости с родителями и значимыми взрослыми, семейные отношения могут быть восприняты подростком как объектные (отношения Я – Оно, в которых другой сводится до средства избавления от одиночества) и становящиеся основой для дефицитарной любви. И тут на первый план может выйти необходимость организации диалога, в рамках которого подросток сможет соприкоснуться с имеющимися представлениями, неосознаваемыми потребностями и страхами, стоящими за поиском поглощающей близости. Возможность углубленного самоанализа, развитие самооценки и рефлексии открывает перед подростком возможность ответить на вопросы:

- что для меня значит близость?
- для чего она мне нужна?
- как я чувствую настоящую близость с другими?
- какой я, когда нахожусь в близких отношениях?
- что я сам(а) могу для построения близости?
- как на меня влияет моя изоляция?
- каким я становлюсь, переживая изоляцию?
- что я чувствую в ней?
- что я могу получить, оставаясь в ней и т.д.

И чем больше будет реализована возможность «быть с» подростком в его представлениях (таких, какие они есть), тем быстрее получится установить контакт, развернуть подростка к самому себе и одновременно помочь в рефлексии [9, 10, 15]. Подоб-

ные вопросы помогают постепенно сформировать устойчивую позицию для непосредственного столкновения с экзистенциальной изоляцией и подойти к возможности рассмотрения мысли о том, что одиночество может пронизывать даже самые близкие отношения.

Особой областью работы может оказаться и практика обсуждения близких отношений в рамках семейной терапии или же при контакте с родителями. Однако, как мы указывали выше, самим родителям необходимо быть готовыми к проявлению собственной уязвимости, неуверенности, готовности обсуждать присутствие одиночества, изоляции и близости в собственной жизни, а также проявлять непосредственный интерес, внимательность, принятие подростка. Такая готовность, терпение и настойчивость, а также желание выстроить доверительные отношения с ребенком помогут укрепить внутреннюю уверенность в себе, актуализировать развитие рефлексии и личностной идентичности, повысить готовность подростков вступить в близкие межличностные отношения и в итоге увидеть различные грани близости и одиночества.

Список литературы

1. Голубь О.В., Тукузова А.А. Влияние переживания одиночества на социальные страхи у подростков. Поиск (Волгоград). – 2018. – № 1. – С. 87–91.
2. Хомутникова Е.А., Аитбаева А.И. Психология дружбы в подростковом возрасте. Теория и практика работы с молодежью: сборник научных трудов. – Курган: Изд-во Курганского гос. ун-та, 2019. – С. 68 – 71.
3. Егорова У.Г. Взаимосвязь родительского отношения и конфликтности подростков. Известия Самарского научного центра РАН. – 2013. – №2-4. – С. 964 – 968
4. Кон И.С. Дружба. – 4-е изд., доп. – СПб.: Питер, 2005. – 330 с.
5. Кочунене Ю. Экзистенциальный взгляд на трудного подростка: возможность и пространство для терапевтических изменений. Консультативная психология и психотерапия. – 2002. – Т.10, № 3. – С. 89–95.
6. Кулагина И.Ю., Колюцкий В.Н. Возрастная психология: Полный жизненный цикл развития человека. – М: Сфера, 2009. – 464 с.

7. Култышев, Д. В. Экзистенциальный подход в психотерапии зависимого поведения у подростков. Сибирский вестник психиатрии. – 2009. – № 4 (55). – С. 54—58.
8. Мухина В.С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество. – Москва: Академия, 2003. – 456 с.
9. Попова Т.А. Экзистенциальная педагогика. Работа со смысловыми ориентациями подростка. Формирование здорового образа жизни: Передовой опыт социально-педагогической работы с детьми и семьей: методическое пособие областной межведомственной научно-практической конференции «Формирование здорового образа жизни. Передовой опыт социально-педагогической работы с детьми и семьей» (03 октября 2019, Коломна) – Коломна: Государственный социально-гуманитарный университет, 2019. – С. 23 – 28
10. Попова Т.А. Смыслы пространства «PRIVACY» для подростка. Психологические проблемы смысла жизни и акме: Электронный сборник материалов XXVI Международного симпозиума. –М.: ФГБНУ «Психологический институт РАО», – 2021 – С. 196-200
11. Савина, М.О. Страх как социальное явление: дисс. ...канд филос.наук. – Волгоград, 2004. – 153 с.
12. Самаль Е.В., Стволыгин К.В. Особенности переживания одиночества лицами подросткового возраста в конце прошлого столетия и в настоящее время. Психология человека в образовании. – 2020. – Т.2, №2. – С. 166 – 172.
13. Семенова, Л. Э., Урусова Е.А. Источники становления представлений старших подростков о семье: психологический анализ. Вестник Мининского университета. – 2015. – № 3 (11). – С. 8.
14. Сорокоумова, С. Н., Суворова О.В., Мухина Т.Г., Гладышев С.А. Влияние родительского стиля общения на тревожность подростков в зависимости от структуры семьи. Семья и личность: проблемы взаимодействия. – 2016. – № 6. – С. 124-132.
15. Спинелли Э. Истории о непознанном. Терапевтические встречи в экзистенциальной перспективе. – М.: Корвет, 2018. – 228 с.
16. Фельдштейн Д.И. Трудный подросток: некоторые психологические вопросы формирования личности детей подросткового возраста. – 2-е изд. – М: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Модэк, 2008. – 208 с.
17. Шиляева И.Ф. Переживание одиночества в подростковом возрасте: половые и возрастные особенности. Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология. – 2018. – № 4 – С. 83-87.

ШАДРУКОВА ТАТЬЯНА ВАСИЛЬЕВНА

Магистр психологических наук, аспирант,
сотрудник кафедры ННГУ им. Лобачевского
г. Нижний Новгород
Российская Федерация
sirotkina.t@gmail.com

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ВИКТИМНОСТЬЮ

Аннотация. Статья посвящена проблеме виктимности и анализу клинико-психологических особенностей женщин с виктимностью. Рассматриваются предпосылки возникновения виктимного поведения у женщин и некоторые психологические особенности женщин с виктимностью.

Ключевые слова: виктимология, насилие, виктимное поведение, женщины-жертвы.

Проблема насилия над женщинами уже давно обсуждается как в медийном, так и научном дискурсе. При этом под насилием в отношении женщин понимается не только физическое воздействие на жертву, но и эмоционально-психологическое, сексуальное и экономическое. Жестокое обращение мужа с женой – это не единичный случай, а постоянные действия, которыми агрессор пытается контролировать и лишить свободы свою жертву. Между тем, как показывают исследования, жертвы бытовых преступлений имеют свою специфику, обусловленную их полом, возрастом, личностными особенностями, характером виктимного поведения и взаимосвязью с потенциальным преступником [3, с. 27]. Иными словами, есть все основания полагать, что существует набор определенных личностных качеств, поведение, ролевой статус, образ жизни и др., которые обуславливают возможность причинения их носителям (при возникновении определенной ситуации) физического, морального вреда либо материального ущерба. Совокупность обозначенных индивидуально-поведенческих факторов и свойств представляет собой так называемую

индивидуальную виктимность личности [2, с. 82]. При этом установлена следующая закономерность: жертвами систематических эпизодов насилия, в том числе и домашнего, являются люди с виктимным поведением [5, с.178].

Необходимо сказать, что первые виктимологические очерки носили ненаучный характер; их авторами были не криминологи, психологи и социологи, а писатели, поэты и новеллисты (к примеру, Маркиз де Сад¹ и Франц Верфель²). Только во второй половине XX века – после Второй мировой войны виктимология начала развиваться как новая отрасль науки [1, с. 70].

Одним из основополагающих терминов виктимологической науки является понятие «виктимизация», которое ввел в отечественную литературу Л.В.Франк. Он рассматривал виктимизацию как процесс превращения лица в жертву и как результат функционального воздействия преступности в целом, которое может проявляется на различных уровнях воздействия на потерпевших, членов их семей, социальных групп и общностей. Так же он рассматривал понятие виктимности как склонность личности становиться жертвой преступления в результате ее образа действий и социально-демографических характеристик. А понятие связи «преступник – потерпевший» как систему отношений между указанными объектами в рамках криминогенной ситуации, оказывающей значительное влияние на развитие и генезис механизма преступного поведения [7, с. 6].

И.Л.Емельянов в своей статье «Виктимность и виктимизация: понятие, виды, проблемы профилактики», ссылаясь на статью А.Фаттаха «Жертва – соучастник преступления», отмечает, что одни из первых определений некоторым виктимологическим понятиям предложил Б.Мендельсон, используя при этом термины, производные от слова «жертва» [4]. В частности, Б.Мендельсон упоминал о «потенциале жертвенной восприимчивости», через которую он предлагал определять «степень индивидуальной позиции жертвы» или, другими словами, степень несопротивляемо-

¹ Донасьен Альфонс Франсуа де Сад известный как маркиз де Сад – французский аристократ, политик, писатель и философ, 1749–1814.

² Франц Верфель – австрийский поэт, романист и драматург, 1890–1945.

сти, восприимчивости жертвы к правонарушению. Исходя из данной позиции, виктимность означает повышенную способность (свойства и качества) человека или группы становиться при определенных ситуациях жертвами преступлений, а сам процесс их превращения в жертв преступлений получил название виктимизация [4, с. 241].

Говоря непосредственно о виктимности женщин, А.А. Семейкова и Н.Р. Анисимова, выделяют в качестве предпосылок к формированию виктимного поведения женщин следующие особенности их социализации на этапах раннего онтогенеза:

- недифференцированность личности членов родительской семьи;
- запрет проявления потребностей или интересов ребенка;
- дефицитарность отношений;
- последствия пережитого в детстве насилия.

Авторы подчеркивают, что все эти предпосылки способствуют развитию у женщин-жертв таких качеств, как готовность к самопожертвованию, лояльность по отношению к своему мучителю, а также черты созависимой личности, что приводит к значительным нарушениям функции «Эго». Женщины-жертвы не имеют четкого представления, как другие люди должны к ним относиться, не уделяют внимание своим чувствам и потребностям, живут в ожидании негативной реакции мужа и окружающих [9, с. 60].

Еще в 90-е годы прошлого столетия В.Д. Москаленко обозначила характерный признак созависимых женщин-жертв, а именно: их невозможность установить ограничения в большинстве сфер своей жизни. Женщина, которая постоянно находится под воздействием оскорбительных супружеских отношений или физического и эмоционального насилия, не способна ясно представить себе, чего она хочет, что ей нравится, что она чувствует и во что она верит, не уделяет внимания своим чувствам и потребностям. Соответственно, в отношениях с людьми, которые имеют четкие представления по этим позициям, такая женщина чувствует свою «неполноценность». Она не может сказать другим «нет» и просто ждет, когда их требования к ней закончатся. И даже когда такая женщина действительно знает, чего она хочет, она все равно не знает, как это осуществить.

Другими словами, согласно В.Д. Москаленко, женщины-жертвы не имеют четких личностных границ, а ответственность за себя заменяют ответственностью за других, что в целом соответствует невротическому механизму патологического слияния. При таком слиянии личность не может дифференцировать себя от других, не в состоянии четко определить, где заканчивается ее «Я» и начинается «Я» другого человека. Взаимоотношения с окружающими ей необходимы для подтверждения собственной ценности, для получения оценки себя извне. В этом и есть суть созависимости [8, с. 92].

Установлено, что женщины с виктимностью используют для защиты собственной психики следующие механизмы:

- отрицание, прежде всего, той реальности, которая вызывает тревогу (они не способны обсуждать проблему, отказываются разобраться с ней – в ином случае, когда женщина осознает реальность, она сталкивается с необходимостью принятия решения, которое чаще всего связано с разрывом отношений);

- рационализация и минимизация обид (женщина с виктимностью не считает насилием обиду и издевательства, она верит словам агрессора, его обещаниям, особенно, когда они соответствуют желаемому, что и способствует повторению насилия, а также оправданию агрессора и обвинению себя);

- изоляция от чувствительности по отношению к психотравмирующим факторам;

- замещение, при которой женщина с виктимностью может направить свою раздражительность, гнев и недовольство своим положением не на агрессора, а на безопасную фигуру (сына, дочь и др.) [6, с. 4-5].

Таким образом, из нашего краткого аналитического обзора можно заключить, что клинико-психологические особенности женщин с виктимностью имеют достаточно широкий спектр личностных свойств, которые объясняют их внутреннюю предрасположенность к позиции жертвы насилия. Все это делает актуальной разработку и внедрение программ психологической помощи и реабилитации женщин в кризисных ситуациях, а также осуществлять психолого-практические мероприятия, направленные

на профилактику и коррекцию поведения женщин с виктимностью [3, с. 24].

Список литературы

1. Аракелян К.Н. Возникновение и развитие виктимологии как науки о поведении жертвы: исторический экскурс // Прикладная юридическая психология. 2016. № 1. С. 70-74.
2. Артемьев Н.С., Полищук Е.Г. // Вестник Рязанского государственного университета им. С. А. Есенина. 2007. № 4 (17). С. 82–90.
3. Баранчикова М.В., Эрте Д.А. Виктимологические особенности женщин как жертв семейно-бытовых преступлений // Виктимология. 2019. № 4(22). С. 20-27.
4. Емельянов И.Л. Виктимность и виктимизация: понятия, виды, проблемы профилактики// Известия Алтайского государственного университета. 2013. № 2-1 (78). С. 241-246.
5. Леденцова С.Л., Солоп А.О. Этапы преодоления позиции жертвы у женщин, подвергшихся домашнему насилию // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2019. Т. 8. № 1А. С. 177-190.
6. Лефтеров В.А., Вакулич Т.М. Психологические особенности виктимного поведения женщин в ситуациях домашнего насилия // Психология и право 2013. № 2. С. 1-11.
7. Малкина-Пых И.Г. Виктимология. Психология поведения жертвы. Россия. Эксмо. 2013. 756 с.
8. Москаленко В.Д. Жены больных алкоголизмом // Вопросы психологии. 1991. № 5. С. 91–97.
9. Семерикова А.А., Анисимова Н.Р. Психологические особенности виктимного поведения женщин в ситуации домашнего насилия // Эскалация насилия – современные пути решения проблемы. 2015. С. 57-147.

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в
**III Всероссийской межведомственной
научно-практической конференции**

**«КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ, ОБРАЗОВАНИИ
И СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ»**

Дата проведения:
15 февраля 2024 г.

Планируется издание сборника по материалам конференции и
размещение в научной электронной библиотеке eLIBRARY.

Публикация материалов в сборнике бесплатная.

Ответственный организатор:

Мигунова Екатерина Алексеевна,
заведующий учебно-научной лабораторией специальной
психологической подготовки и экспертизы
кафедры общей и социальной психологии
ФСН ННГУ им. Н.И. Лобачевского
(+79063481010); e-mail: kafedra_osp@fsn.unn.ru.

**«КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ,
ОБРАЗОВАНИИ И СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ:
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ
В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОЙ РЕАЛЬНОСТИ»**

Сборник докладов
по материалам II Всероссийской межведомственной
научно-практической конференции

16 февраля 2023 г.

Печатается в авторской редакции

Ответственность за аутентичность и точность цитат,
имен, названий и иных сведений,
а также за соблюдение законов об интеллектуальной собственности
несут авторы публикуемых материалов

Электронная версия сборника подготовлена
отделом дизайна Редакционно-издательского управления
Нижегородского госуниверситета им. Н.И. Лобачевского

603000, г. Нижний Новгород, ул. Большая Покровская, 37
Тел. (831) 433-83-25

Формат 60×84 1/16.
Бумага офсетная. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 8,3. Заказ № 000. Тираж 500 экз.

Отпечатано с готового оригинал-макета
в типографии ННГУ им. Н.И. Лобачевского.
603000, г. Нижний Новгород, ул. Б. Покровская, 37

