ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Учебное пособие

Под редакцией
Н. В. Николаевой, О. И. Каяшевой

Рекомендовано в качестве учебного пособия
для студентов ВУЗов, обучающихся по направлению подготовки
37.05.01 «Клиническая психология», 37.04.01 «Психология»

Санкт-Петербург
2024

УДК 159.972:616.892(075.8)
ББК 88.7я73
П 86

П 86 **Психосоматические и психические расстройства в психологической практике** : учебное пособие / О. С. Авдонина, А. Ф. Бондарук, И. Е. Жмурин [и др.] ; под ред. Н. В. Николаевой, О. И. Каяшевой. — Санкт–Петербург : Научно-информационный центр АРТ, 2024. — 262 с.

ISBN 978–5–00231–050–0

Р е ц е н з е н т ы:
О. П. Афанасьева, кандидат психологических наук,
Ленинградский государственный университет имени А.С. Пушкина
И. В. Тельнюк, кандидат психологических наук,
Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт педагогики и психологии высшего образования

А в т о р с к и й к о л л е к т и в:
Авдонина О. С., Бондарук А. Ф., Гараганов А. В., Голянич В. М., Жмурин И. Е., Жучкова Т. Г., Каяшева О. И., Корнейчик И. В., Николаева Н. В., Санжаревская И. Н., Соловьёва А. В., Телятникова Г. Б., Ханова З. Г., Харушкина Л. В., Ходаковская О. В.

Выполнено при поддержке комитета по науке и высшей школе правительства Санкт-Петербурга в рамках реализации редакционно-издательских проектов высших учебных заведений на 2023 / 2024 учебный год

В учебном пособии рассматриваются основные понятия, современные подходы, проблемы и теории возникновения психосоматических и психических расстройств, методики психологической диагностики и основы психологического консультирования клиентов психосоматического профиля. Содержание учебного пособия направлено на формирование комплексного представления о современном состоянии проблем психосоматики и психических расстройств в психологической науке и практике. Учебное пособие рекомендовано студентам–психологам, практическим психологам, а также всем, кто интересуется проблемами психосоматических и психических расстройств в психологической практике.

УДК 159.972:616.892(075.8)
ББК 88.7я73

ISBN 978–5–00231–050–0

© Научно-информационный центр А.Р.Т., 2024.
© Коллектив авторов, 2024.

ОГЛАВЛЕНИЕ

I. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Психосоциальные факторы риска и психосоматические модели язвенной болезни *(Бондарук А. Ф., Голянич В. М.)* 6

Психосоматические аспекты артериальной гипертензии *(Телятникова Г. Б.)* 39

Физиологические и психосоматические причины возникновения сахарного диабета I типа *(Соловьёва А. В.)* 48

Психосоматические аспекты беременности *(Ходаковская О. В.)* 67

Онкологические заболевания в практике клинического психолога: основные проблемы и подходы *(Каяшева О. И.)* 82

Проблемы полоролевой идентичности и особенности ее формирования в современном мире: библиометрическое исследование в психоаналитической практике *(Жмурин И. Е., Корнейчик И. В.)* 107

К проблеме психотерапии киберзависимости в эпоху интеллектуальных технологий *(Гараганов А. В.)* 142

II. ПРОБЛЕМЫ СОХРАНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, ПСИХОДИАГНОСТИКИ, ПСИХОКОРРЕКЦИИ И ПСИХОТЕРАПИИ

Современные подходы к психологической коррекции и терапии сахарного диабета I типа *(Соловьёва А. В.)* 172

Диагностика, профилактика и психотерапия социальной тревожности в детском и подростковом возрасте *(Жучкова Т. Г.)* 193

Развитие эмоциональной саморегуляции детей дошкольного возраста как основа сохранения психического здоровья *(Санжаревская И. Н.)* 200

Психологический синдром хронической неуспешности *(Харушкина Л. В.)* 214

III. ПРАКТИКУМ ПО ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ И ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Авдонина О. С., Николаева Н. В., Ханова З. Г.

Основные модели для работы специалистов 220

Модель взаимодействия психолога–консультанта с клиентами, имеющими в анамнезе психопатии 220

Модель взаимодействия психолога с клиентами, имеющими психосоматические нарушения 229

Модель индивидуального консультирования предпринимателя по вопросам совладания с кризисными ситуациями 232

Алгоритмы для работы специалистов 244

Алгоритм группового занятия по профилактике психосоматических заболеваний 244

Алгоритм взаимодействия психолога и клиента в разрешении проблемы связанной с психосоматическим расстройством..... 245

Алгоритм работы психолога с детьми при психосоматическом заболевании 246

Алгоритм составления психологического заключения 247

Примеры из практики 249

Первичные консультативные приемы клиентов с психосоматической симптоматикой 249

Особенности применения проективных психодиагностических методик в диагностике психосоматических заболеваний 250

Контрольные вопросы 252

Информационные ресурсы 256

Сведения об авторах 258

I. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

А. Ф. БОНДАРУК, В. М. ГОЛЯНИЧ

Одной из актуальных проблем современной медицины является изучение факторов, определяющих возникновение и развитие язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. В настоящее время этим заболеванием страдает от 2 до 10 % взрослого населения Российской Федерации [1; 11]. При этом в структуре заболеваемости взрослого населения России болезни органов пищеварения занимают третье место, а на долю заболеваний гастродуоденальной зоны (гастритов, дуоденитов и язвенной болезни) приходится более 30 % в данном классе МКБ-10 [42].

К настоящему времени предложено множество объяснительных гипотез этиопатогенеза язвенной болезни 12-перстной кишки. Большинство гастроэнтерологов придерживаются наиболее известной и признанной физиологической теории, предложенной H. Shay, согласно которой развитие болезни обусловлено нарушением равновесия между факторами «агрессии» и «защиты» слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки [81]. В связи с признанием роли микроорганизма *Helicobacter pylori* в патогенезе и этиологии язв желудка и 12-перстной кишки [46] предложена классификация, в соответствии с которой выделяют язвы, связанные с выявлением у больных микроорганизма *Helicobacter pylori* (*Hp*-инфекция) [85] и приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС) [45; 83], а также — симптоматические (идиопатические) язвы, не связанные с *Helicobacter pylori* или приемом НПВС [59]. Исследованию факторов риска возникновения идиопатических язв уделяется особое внимание в связи с ростом их численности (как в относительных, так и в абсолютных цифрах) [43; 44; 59; 78 и др.], более тяжёлым течением и высокой частотой осложнений [59; 60]. При этом в развитии данной патологии рассматривается роль процессов активации свободнорадикального окисления липидов [37], наследственных факторов [84], иммунного статуса [39], особенностей функционирования вегетативной нервной

системы [4], нейроиммуноэндокринной системы (апудопатия) [61] и психосоматических взаимоотношений [4].

К числу наиболее важных факторов риска язв желудка и двенадцатиперстной кишки относят психологический стресс [71; 74]. Следует подчеркнуть, что проблема соотношения «психического» и «соматического» уже давно является одной из ключевых в психологии и медицине. Термин «психосоматика» был введен в научную практику в 1818 г. немецким психиатром И. Гейнротом, который трактовал это понятие как «соматические сдвиги, возникновение которых изначально связано с психоэмоциональными сдвигами». Современные исследователи среди психосоматических расстройств выделяют психосоматические реакции и психосоматические заболевания [29].

Различают три типа этиологических факторов психосоматических расстройств:

1) Наследственно-конституциональные факторы — личностно-типологические особенности с чертами астении, ипохондрии, истероидности, депрессивности, паранойяльности и др.;

2) Органические факторы — преморбидная органическая патология: пренатальные и постнатальные травмы, хронические вялотекущие инфекции, гипоксически-гипоксемические состояния (особенно в вертебробазилярном бассейне). В данном случае человек «погружается» в свою соматическую болезнь, а сфера его психической деятельности во многом связана с переживаниями, которые он ощущает по поводу этой болезни;

3) Психоэмоциональные (психогенные) факторы — острые или хронические внешние воздействия, влияющие на психическую сферу: массивные (катастрофические), ситуационные острые, ситуационные пролонгированные, пролонгированные со стойким психическим перенапряжением (истощающие). При этом выделяется два механизма стресса: травматический и накопленный (хронический) стресс. Травматический стресс возникает в случае, когда одномоментно присутствуют два компонента — угроза жизни (своей или близких людей) и отсутствие возможности контролировать ситуацию (невозможность что-либо сделать, беспомощность).

В последние годы активно изучается роль психосоциальных факторов рабочей среды и связанного с ними профессионального стресса в возникновении и развитии психосоматических заболеваний.

В международном руководстве «Психосоциальная эпидемиология» [67] понятие «психосоциальные факторы на работе» трактуется как взаимодействие между рабочей средой, содержанием работы, организационными условиями и возможностями работников, их потребностями, культурой и личными навыками. В обзоре Европейского регионального бюро ВОЗ указывается, что психосоциальные факторы на работе и в быту приводят к повышению уровня стресса и могут оказывать негативное влияние на здоровье людей [63].

В Национальном стандарте Российской Федерации (ГОСТ Р 55914-2013) наряду с понятием *«психосоциальный фактор»*, определены такие термины, как «*психосоциальный риск»* (вероятность того, что психосоциальные факторы окажут опасное воздействие на здоровье работника) и «*стресс на работе»* (комбинация эмоциональных, когнитивных и поведенческих реакций на неблагоприятные и вредные аспекты должностных обязанностей, организации и условий труда). Относительно недавно показано, что психосоциальные факторы не только индуцируют психоэмоциональный стресс, но и увеличивают риск неблагоприятного воздействия других традиционных факторов жизнедеятельности [12]. В связи с этим для комплексной оценки степени риска возникновения психосоматической патологии предложена *трехкомпонентная модель здорового и безопасного рабочего места*, включающая анализ компонентов физической трудовой среды, психосоциальной среды и образа жизни [47; 62].

При исследовании генеза язвенной болезни 12-перстной кишки, наряду с психоаналитическими и психофизиологическими группами моделей, выделяют культурно-историческую и биопсихосоциальную модели симптомобразования.

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ

1. Конверсионная истерия Зигмунда Фрейда. Одним из первых подходов к пониманию генеза психосоматических заболеваний является психодинамический, в рамках которого его основатель Зигмунд Фрейд акцентировал внимание на том, что основная мотивация в самых разнообразных проявлениях человеческой активности (поведение, соматические проявления и эмоциональные

состояния) принадлежит сфере бессознательного [33]. В конце XIX века Фрейд впервые предложил психоаналитическую модель симптомообразования, согласно которой психосоматическое заболевание возникает вследствие конверсии (лат. conversio — оборот, превращение) психической энергии (эмоции) в телесный симптом [57]. Фрейд ввел понятие «конверсионная истерия», которая проявляется развитием патологических соматических симптомов вследствие трансформации психического конфликта в соматический посредством вытеснения из сознания угрожающих содержательных элементов. С появлением соматического симптома пациент испытывает эмоциональное облегчение благодаря смягчению гнета бессознательного конфликта [36]. Наряду с конверсионной моделью Фрейдом была сформулирована концепция «психосоматического возникновения симптомов», согласно которой соматические симптомы (расстройства сердечно-сосудистой системы, дыхания, внезапная потливость, дрожь, голод, понос, головокружение, сужение сосудов и парестезия) рассматриваются в качестве «эквивалентов приступа тревоги», которые он отнёс к защитному механизму проекции [31; 36]. Вышеприведенные концептуализации Фрейда позволили объяснить функцию и значение «патологических соматических процессов» в переживаниях и поведении больного [3].

Феликс Дейч (Felix Deutsch) развил идеи Фрейда и определил конверсионный процесс как постоянный (действующий в течение всей жизни), движимый общим непроизвольным стремлением к подавлению инстинктов, сопряженный с необходимостью постоянного сброса излишней инстинктивной энергии. Согласно концепции постоянного «конверсионного потока» органические симптомы являются выражением невротических конфликтов так же, как и другие формы психических заболеваний [48]. В 1922 г. Дейч ввел понятие «психосоматическая медицина».

В последствии в рамках психодинамического подхода существенное влияние на развитие психологических концепций психосоматических заболеваний оказали работы Хелен Ф. Данбар (Helen F. Dunbar), Франца Александера (Franz Alexander), Александра Митчерлиха (Alexander H. Mitscherlich), Джорджа Л. Энгеля (George L. Engel), Артура Шмале (Arthur H. Schmale), Петера Куттера (Peter Kutter), Макса Шура (Max Schur) и др. Среди них наибольшую известность приобрели концепции «специфичности личностных

профилей» Данбар и «специфического эмоционального конфликта» Александера (модель вегетативного невроза).

2. Концепция профиля личности Хелен Данбар. В 1947 г. Данбар представила концепцию личностных профилей, в которой она утверждала, что эмоциональные реакции на проблемные жизненные ситуации являются производными от структуры личности больного. По ее мнению, каждое соматическое заболевание, развившееся вследствие не проработанного психологического конфликта, связано с вполне определённым набором характерологических черт и паттеров межличностного взаимодействия [51]. Она считала, что язвенная болезнь развивается у чрезмерно реагирующих лиц, имеющих склонность к чрезмерной зависимости, вытесненного стремления к самоповреждению [52]. Данбар ввела термины «язвенный», «коронарный», «гипертонический», «склонный к повреждениям» и «аллергический» профили личности [50]. В последующем изучение роли личностной структуры и личностной динамики в возникновении психосоматических заболеваний [6; 35; 40; 58; 77; и др.] привело к формулированию представлений о препсихосоматическом личностном радикале, как совокупности преморбидных личностных особенностей, формируемых в раннем возрасте и приводящих к психосоматической патологии.

Среди больных с язвенной болезнью выделяют пять психологических типов [77]:

— «психически здоровый» тип — лица, у которых заболевание проявляется в виде единичной психосоматической реакции при массивной психологической нагрузке и сильной регрессии Я;

— тип больных с неврозом характера — лица, у которых заболевание сопровождается формированием псевдонезависимых реакций (например, руководящий работник распространяет вокруг себя агрессивное напряжение). При хроническом течении заболевания декомпенсация конфликта у этих больных часто наблюдается вследствие особых переживаний обиды или неудачи;

— социопатический тип больных — пассивно-зависимые лица с чрезмерной зависимостью от объектов и слабым Я, у которых заболевание возникает (обостряется) при отказах в любви и заботе;

— «психосоматический» тип больных — лица с бедной фантазией, способные лишь видеть в окружающих только самих себя,

заболевание у которых возникает (обостряется) при специфических нагрузках или кризисах (часто — в связи с потерей объекта);

— «нормопатический» тип больных — лица, чрезмерно ориентированные на нормативность поведения с отчетливыми ограничениями «Я», у которых заболевание возникает (обостряется) на фоне хронической стрессовой перегрузки.

3. Модель «психосоматической специфичности» Франца Александера. Основатель психосоматической медицины Александер подчеркивал, что язвенного больного характеризует не столько определенный тип личности, сколько типичная конфликтная ситуация, которая может сформироваться практически при любом складе личности. В отличие от Данбар, соотносившей определенные психосоматические заболевания с характерными для данной болезни чертами личности, Александер предложил теорию специфического психодинамического конфликта и модель «психосоматической специфичности» [2]. В своей теории он утверждал, что каждому эмоциональному состоянию присущ определённый тип вегетативных нарушений и болезней. Ключевыми элементами модели «психосоматической специфичности» являются понятия «эмоциональное состояние» и «вегетативный невроз». В этой модели предполагается, что в результате реакции на ярко окрашенную жизненную ситуацию запускается цикл эмоциональных состояний, выход из которого может сопровождаться возникновением соматического проявления заболевания вследствие нарушений в работе вегетативной нервной системы (рисунок 1).

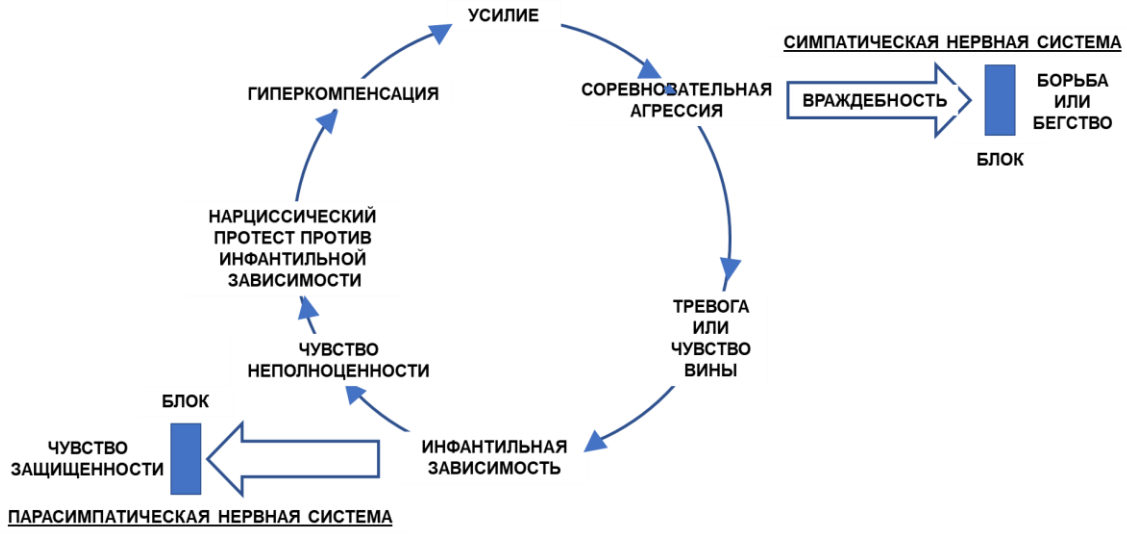

Рисунок 1. Схема модели специфического психодинамического конфликта

В развитии психосоматических явлений Александер подчеркивал роль неоднократно переживаемых психотравмирующих ситуаций, повторяющихся затяжных негативных эмоций и специфических внутриличностных конфликтов. Характеризуя эти процессы, Александер вводит понятие «вегетативный невроз», трактуемое как «физиологическую реакцию вегетативных органов на стойкие или периодически повторяющиеся эмоциональные состояния» [2]. Он считал, что в случаях, когда бессознательный конфликт не имеет выхода в соответствующем внешнем проявлении, он приводит к эмоциональному напряжению, которое сопровождается устойчивыми изменениями в вегетативной нервной системе и может повлечь за собой изменения (в том числе и необратимые) в различных тканях организма. Таким образом, симптомы вегетативного невроза являются не выражением подавленного чувства, а физиологическим сопровождением определённых эмоциональных состояний. При этом к развитию психосоматических расстройств приводят как сами негативные эмоции, так и процесс их подавления. В отличие от конверсионной модели Фрейда, в данной модели у больного вследствие возникновения соматических симптомов не происходит эмоционального облегчения и в этом процессе отсутствует символический выразительный характер выбора органа психосоматических нарушений. Тем самым Александер впервые отметил, что выполнять символические функции могут только те процессы и функции организма, которые находятся под контролем вегетативной нервной системы (в основном такие симптомы относятся к сфере чувствительности).

Александер считал, что специфичность психосоматической патологии определяется совпадением внешнего и внутреннего конфликтов, которые должны подходить друг к другу, подобно «ключу и замку». В соответствии с этой общепринятой в настоящее время точкой зрения невротические проявления определяются двумя источниками и являются результатом стрессового воздействия извне и субъективной внутренней предрасположенности реагирования на стрессовую ситуацию специфическим образом, а симптомы психосоматического характера объясняются взаимодействием как внутренних (психологических и физиологических), так внешних (социальных) факторов.

Под психологическими факторами Александер понимал неразрешенные внутренние конфликты, «психодинамические» особенности личности, набор постоянно и закономерно проявляющихся негативных эмоций. Специфичность психологических факторов заключается в том, что физиологический ответ как на нормальные, так и на патогенные эмоциональные стимулы зависит от качества эмоций, а специфические эмоциональные конфликты соотносятся со специфическими соматическими симптомами. При этом стрессовая ситуация, активизирующая специфический эмоциональный конфликт, может спровоцировать начало заболевания. Александер утверждал, что больные, страдающие патологией желудочно-кишечного тракта, имеют разнонаправленные, конфликтующие между собой «векторы» устремлений, которые он назвал «эмоциональными компонентами работы желудочно-кишечного тракта»: 1) желание исключить, удалить, расходовать энергию; 2) желание сохранить и накопить; 3) желание получить, принять, объединить. Под физиологическими факторами Александер понимал слабое соматическое звено организма в виде повышенной уязвимости определенных органов к воздействию негативных эмоций, а к социальным факторам относил неблагоприятное влияние различного рода факторов внешней среды, выполняющих роль пускового механизма развития психосоматического заболевания.

Механизм формирования психосоматической патологии может быть рассмотрен на основе модели специфического психодинамического конфликта, которая представляет собой два взаимосвязанных цикла, состоящих из нескольких групп переменных (см. рисунок 1). В основе начального этапа формирования «вегетативного невроза» лежит цикл эмоциональных состояний, спровоцированных внешней ситуацией. Дойдя до определенной стадии, организм стремится выйти из этого цикла для достижения определенных целей — «бегства или борьбы» или «состояния защищенности». При следовании к цели «бегство или борьба» включается симпатический отдел, а при стремлении к цели «состояние защищенности» — парасимпатический отдел вегетативной нервной системы. Вследствие невозможности достижения желаемой цели может произойти «сбой» в виде

активации процессов нейрогуморальной регуляции, приводящих к возникновению патологических соматических проявлений.

Согласно теории специфического психодинамического конфликта Александера [2] каждому эмоциональному состоянию присущ определённый тип вегетативных нарушений и болезней. По результатам психоаналитических исследований он установил специфику подобных конфликтов для семи психосоматических заболеваний, получивших в научной литературе название «святая семерка». В число этих заболеваний включена и язвенная болезнь 12-типерстной кишки, специфическим конфликтом для которой, по мнению Александера, является подавленная потребность в зависимости.

При манифестации заболевания большинство авторов различает пассивный и гиперактивный типы поведения язвенного больного [5; 58 и др.]. Считается, что почти у всех больных язвенной болезнью имеется внутренний конфликт по типу «взять-отдать», характеризующий борьбу между двумя противоположными стремлениями: «желание быть зависимым» и «боязнь открыто демонстрировать желание зависимости». При *пассивном язвенном типе* такие больные наслаждаются преимуществами своей зависимости и не предпринимают шагов к самостоятельности. Они чаще всего имеют склонность к субдепрессивному фону настроения, когда на первый план выдвигается бессознательный страх быть покинутым, обуславливающий состояние постоянного напряжения. Такие больные стремятся найти обстоятельства и людей, которые их «не могут покинуть». Приступ язвенной болезни у них чаще всего возникает, когда «бессознательные или сознательные желания зависимости встречают отказ» [58]. При гиперактивном язвенном типе желания зависимости у больных сильны, но сознательно отвергаются. Они считают, что демонстрация любви, хороших отношений и эмоциональной теплоты делают человека зависимым и слабым, и поэтому неприемлемы и недостойны. Такие больные, стараясь компенсировать отвержение желания зависимости, как правило стремятся быть лидерами, агрессивно преследует свою цель, постоянно пытаются доказать свою силу, демонстрируя напоказ свою независимость и самостоятельность. Они часто воспринимают своё заболевание как угрозу образу «Я», поскольку в их представлении

заболевание – это проявление слабости, вынужденного положения и зависимости от окружающих.

4. Модель «двухэшелонной линии обороны» Александра Митчерлиха. Автор предложил модель двухэшелонной линии обороны, согласно которой психосоматический симптом — это результат использования незрелых психологических защит. Содержательно данная модель предполагает, что развитие психосоматического процесса осуществляется в определённой последовательности [75]. Сначала человек пытается разрешить конфликт за счёт исключительно психических средств на психосоциальном уровне (первая линия обороны). При этом вследствие вытеснения или других форм психологической защиты происходит формирование эмоциональных и поведенческих расстройств, а также невротических симптомов (психическая фаза конфликта). В случае, когда не удается справиться с угрожающим собственному существованию конфликтом психическими средствами, подключается защита второго эшелона (соматизация), которая может привести к структурным изменениям в висцеральных органах (телесная фаза конфликта).

5. Модель «отказа от веры в будущее» Джорджа Энгеля и Артура Шмале. Авторы связывали нарушения иммунитета, лежащие в основе психосоматического заболевания, с «психологическим отказом от будущего, потерей веры и оптимизма». В модели «отказа от веры в будущее» авторы, обосновывая свою точку зрения, указывают на то, что у многих психосоматических больных еще до развития заболевания можно наблюдать характерные психологические комплексы «giving up» («прекращаемый, бросаемый») и «given up» («прекращенный, брошенный»). Характерными чувствами для этих комплексов являются переживания утраты, разрыва взаимосвязей между прошлым и будущим, неверия в себя и отсутствия надежды на позитивное будущее [53]. Авторы утверждают, что такие психологические проблемы могут сопровождаться аффективными расстройствами (отчаяние, подавленность, безнадежность, горе и печаль, чувство невосполнимой потери, беспомощность), способствовать снижению иммунитета и манифестации соматической симптоматики.

6. Модель «борьбы за свое тело» Петера Куттера. В основе модели лежит представление о нарушении коммуникации

психосоматического больного со своим телом (нарушение отношения к своему телу), когда больной не воспринимает сигналы от своего тела (утомление, истощение и др.) [68]. Автор исходит из предположения о том, что психосоматический больной недостаточно «любит» свое тело. Он считает, что формирование отношения к своему телу в процессе развития ребёнка в большей степени зависит от матери, которая может как способствовать, так и препятствовать ребенку овладевать своим телом. При этом негативное воздействие оказывают матери, испытывающие симбиотические потребности по отношению к ребенку. Неспособные освободиться от таких потребностей матери часто держат ребенка под чрезмерным контролем, не давая ему возможности постепенно овладевать своим телом. Матери с такими доминантными по отношению к ребенку установками, исходя из своих собственных патологических страхов и комплексов, невнимательно относятся к внутреннему телесному пространству ребенка. Отрицательное значение также имеет и обратная ситуация, когда ребёнок испытывает дефицит любви и внимания со стороны матери к себе и к своему телу. В таких случаях ребенок чувствует себя нелюбимым и как следствие — не способным любить как себя, так и свое тело. Нарушения отношения к своему телу могут приводить к гипо- или гиперфункции отдельных систем организма (например, дыхательной или пищеварительной) [16].

7. Модель «десоматизации-ресоматизации» Макса Шура. Важным вкладом в изучение психосоматических расстройств являются работы Шура, который рассматривал психосоматические заболевания в контексте развития Я и понимал их как специфическую форму нарушений базисных функций Я. Понятие «десоматизация» в данной модели [80] характеризует определённые этапы развитие здорового ребенка. Согласно структурной модели человеческой психики Фрейда, становление структурных компонентов «Оно», «Я» и «Сверх-Я» осуществляется на определённых этапах развития. С момента рождения грудные дети имеют хаотический набор противоречивых инстинктивных влечений, часто находящихся в дисгармоничных отношениях как друг с другом, так с окружающими обстоятельствами. Совокупность этих влечений, каждое из которых стремится к удовлетворению независимо друг от друга или от существующей реальности, связано с «Оно», действующего по «принципу удовольствия» (по Фрейду) — стремлению к

немедленному удовлетворению своих желаний без учета возможностей своего организма. По мере развития «Я» появляются более сознательные психические реакции, когда ребенок реагирует более осознанно в соответствии с «принципом реальности» (по Фрейду) — стремлением «Я» к компромиссу между инстинктивными влечениями «Оно» и возможностям окружающей реальности.

Шур считал, что когда в конфликтных или кризисных ситуациях «Я» неспособно к нейтрализации энергии бессознательного, активируется процесс «ресоматизации» (возврата) к примитивно-детскому способу эмоционального (в терминологии психоанализа — регрессии к первичному процессу) и соматического («психосоматическая регрессия») реагирования. Общим фактором для всех психосоматических расстройств Шур считал «нарциссический регресс», который проявляется в соматической симптоматике. Нарциссический регресс ведет к перемещению либидо с объекта на «Я». Повышенная нарциссическая нагрузка вызывает постоянную недифференцированную «готовность к тревоге», соматически проявляющуюся «напряжением». Автором был предложен термин «болезни готовности», при которых происходит переход эмоций в телесную реакцию, причем готовность может хронифицироваться и приводить к нарастанию активации органных функций. При этом Шур выступал против теории «специфичности конфликта» Александера, считая, что выбор «органа поражения» индивидуален для каждого конкретного человека.

8. Модель «алекситимии». Важным этапом развития науки стало введение понятия «алекситимия» (от греч. *a* – отсутствие, *lexis* – слово, *thymos* – эмоция, в дословном переводе – «отсутствие слов для описания чувств»), которому предшествовали наблюдения французского психоаналитика Юргена Рюша [79]. Последний установил, что у больных, страдающих классическими психосоматическими заболеваниями, проявляются нарушения вербальной и символической экспрессии. В исследованиях французских психоаналитиков P. Marty и M. De M'Usan было показано, что у психосоматических больных отмечается бедность фантазий и утилитарное («оперантное») мышление [73]. Американские психиатры J. C. Nemiah и P. E. Sifneos из Массачусетского госпиталя в Бостоне установили, что у психосоматических больных часто отмечается неспособность

рефлексировать свое эмоциональное состояние и проявлять эмпатию по отношению к другим людям. Для обозначения этого явления они использовали термин «алекситимия» [76]. По мнению P. E. Sifneos [82], алекситимия является психологической характеристикой, определяемой следующими когнитивно-аффективными особенностями: затруднениями в идентификации и описании собственных чувств; трудностями в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями; снижением способности к символизации (бедность фантазии и другие проявления воображения); фокусировкой внимания в большей степени на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях [82].

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ

В качестве альтернативы психоаналитическим концепциям «специфичности» психосоматических расстройств были предложены подтверждённые экспериментальными фактами на животных теории «неспецифичности» психических факторов в многофакторном перечне причин психосоматических болезней. Психофизиологические теории психосоматических расстройств делают акцент на прояснении механизмов возникновения расстройства.

1. Модель генеза язвенной болезни вследствие нарушений кортико-висцеральных отношений. В отечественной психологии в противовес психоаналитическим концепциям долгое время господствовала кортико-висцеральная теория (от лат. *cortex* — кора и *viscera* — внутренние органы тела) К. М. Быкова и И. Т. Курцина [7; 8]. Согласно основным положениям данной теории возникновение психосоматических расстройств связано с первичным нарушением корковых механизмов управления внутренними органами, обусловленными перенапряжением процессов возбуждения и торможения в коре мозга. Концепция опиралась на работы И. П. Павлова и его исследования «сшибки» условных рефлексов (активизации с помощью одного и того же условного стимула двух противоречащих друг другу безусловных рефлексов) [23]. Кора головного мозга, используя механизмы условных рефлексов, непосредственно влияет на состояние внутренних органов. При этом любые нарушения в «нисходящих» нейронных цепях (от коры к внутренним органам) могут вызывать расстройства органического

уровня, а передача нервных импульсов в «восходящих» нейронных цепях (от внутренних органов к коре головного мозга) обуславливает нарушения психической сферы при соматическом заболевании. Возникающие при неврозе изменения в анатомо-физиологических системах объяснялись наличием в организме до определенного времени скрыто протекающих (доклинических) патологических процессов, клинически проявляющихся при действии провоцирующих («пусковых») психологических факторов. Кроме того, наличие соматических расстройств при неврозах объяснялось как декомпенсацией функций при действии избыточного нервного напряжения, так и нарушениями ритма адаптивных процессов в условиях вызванной психологическими причинами дезинтеграции работы физиологических систем. При этом связь между формой болезни и содержанием психологического конфликта рассматривалось как случайное совпадение. Таким образом, психосоматические отношения в психофизиологической трактовке понимались либо как динамика уже имеющегося патологического процесса, возникшего вследствие поломки «слабого звена» в морфологической структуре организма, либо как декомпенсация в органе-мишени в стрессовых ситуациях.

2. Модель генеза язвенной болезни при физиологическом стрессе. Впервые связь между наличием язв в гастродуоденальной зоне с тяжелым состоянием больных была установлена в 1823 году [86]. В последующем появились сообщения о развитии язв у пациентов с ожогами, пневмонией и другими тяжелыми заболеваниями. В 1936 году канадский учёный Ганс Селье ввел термин «стрессовая язва» для обозначения связи между формированием очагов изъязвлений слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта и травматическим стрессом [27]. В настоящее время язвы верхних отделов желудочно-кишечного тракта (обычно острые, чаще поверхностные и множественные язвенные поражения гастродуоденальной зоны), возникающие у тяжелых больных на фоне ожогов, тяжелых травм (включая церебральные), сепсиса, полиорганной недостаточности, геморрагического шока и других критических состояний, называют «стрессовыми симптоматическими язвами».

В своих исследованиях Селье раскрыл роль неспецифических адаптационных реакций, лежащих в основе взаимодействия

организма с неблагоприятными факторами внешней среды. Основное внимание он и его последователи уделяли биологическим и физиологическим аспектам проблемы стресса. Традиционным стало понимание стресса как физиологической реакции организма, контролируемой нейроэндокринной системой при действии различных факторов среды. Селье описал эустресс — синдром, способствующий сохранению здоровья, и дистресс — состояние, при котором человек не может полностью адаптироваться к стрессовым факторам. Он выявил следующую закономерность: вне зависимости от специфики повреждающего стрессового агента у животных возникает стереотипная (неспецифическая) реакция. Эту реакцию Селье [26] назвал «общим адаптационным синдромом» и выделил в ней три стадии: тревоги, резистентности и истощения (рисунок 2).

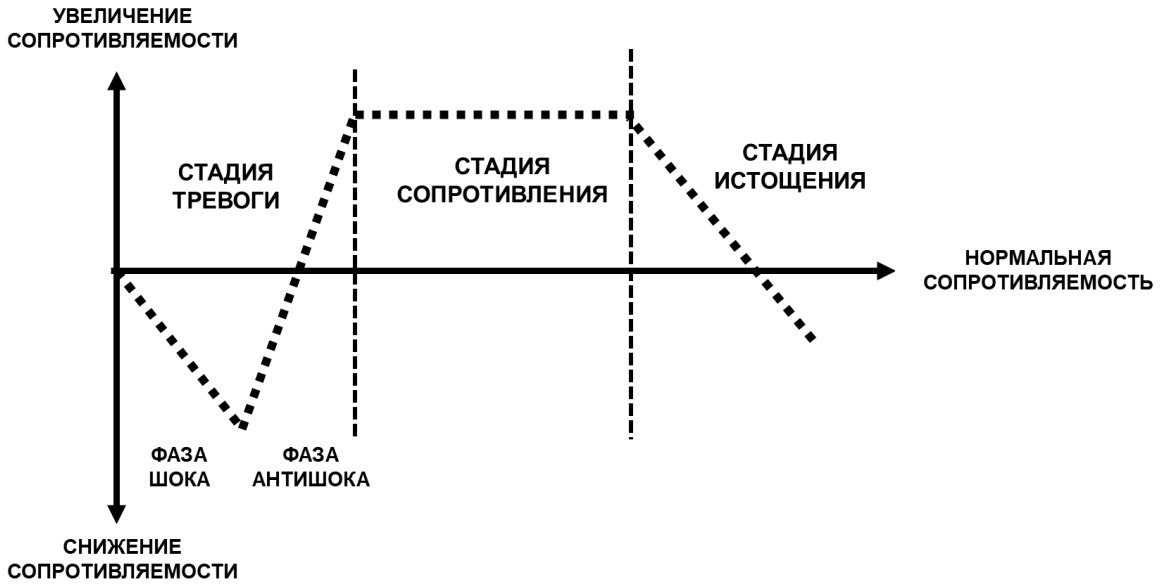

Рисунок 2. Концепция «общего адаптационного синдрома» Г. Селье [26]

Реакция тревоги характеризуется мобилизацией основных функциональных систем организма. Выраженность этих реакций прямо пропорциональна силе и патогенности стрессора. При действии стрессоров небольшой интенсивности и умеренной патогенности угнетение функций органов не возникает.

При длительном воздействии повреждающего фактора наступает стадия устойчивости (резистентности) или адаптации, характеризующаяся высоким уровнем соматической резистентности (устойчивости) организма. В этот период возрастает устойчивость, как к действию раздражителя (стрессора), так и к влиянию других

патогенных факторов (явление перекрестной резистентности или кросс-адаптации). В случае прекращения влияния стрессора на этой стадии нормализуется уровень гормонов стресса, восстанавливается морфофункциональный гомеостаз, активируются механизмы долговременной адаптации.

Если воздействие стрессора продолжается, а ресурсы для поддержания резистентности исчерпаны, наступает стадия истощения, характеризующаяся полной утратой сопротивляемости (дистресс), развитием психосоматического заболевания или гибелью (рисунок 3). При этом изменения структуры и/или функции того или иного органа при стрессе зависят от врожденной (наследственной или конституциональной) [17; 88] или приобретенной его слабости.

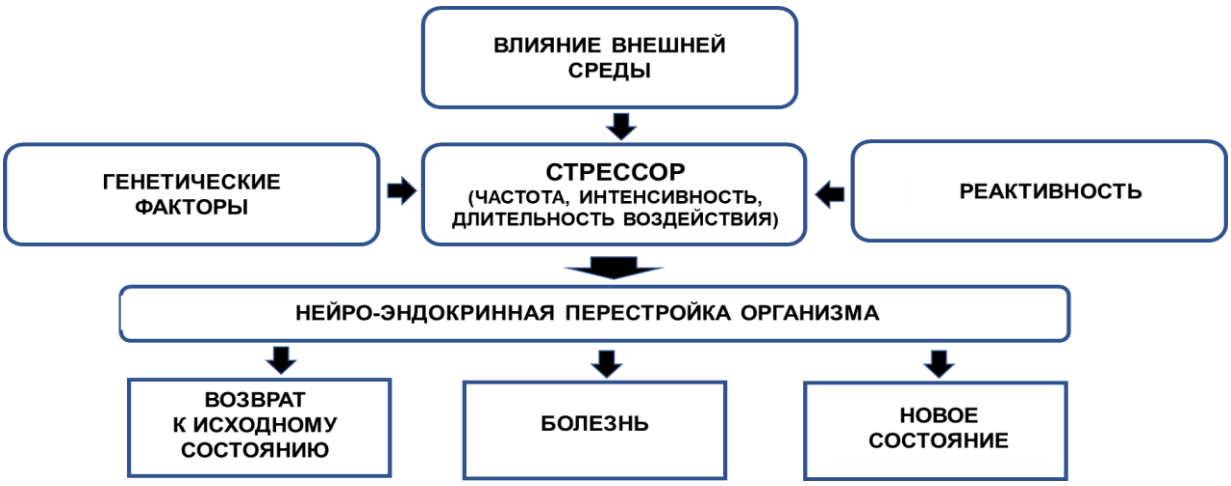

Рисунок 3. Факторы, влияющие на
проявления стресса и исходы стресс-реакции

3. Модель генеза язвенной болезни при психологическом стрессе. Среди факторов риска язв желудка и двенадцатиперстной кишки важное значение имеет психологический стресс [71; 74], «запускающий» активность эмоциогенных зон лимбико-ретикулярных отделов ствола мозга, что, в свою очередь, изменяет регуляцию периферических органов-мишеней (в том числе желудочно-кишечного тракта) [15; 30, 38]. Косвенным подтверждением экспериментальных данных о взаимосвязи психологического стресса с возникновением язв желудка и двенадцатиперстной кишки является факт того, что число лиц с данной патологией значительно возрастает в период военных конфликтов, экономических депрессий и стихийных бедствий [41; 65; 66].

Понятие «психологический стресс» впервые использовал американский психолог Ричард Лазарус (Richard S. Lazarus,1922 - 2002), который связывал его с активизацией познавательной деятельности, посредством которой человек определяет степень угрозы и сопоставляет возникающие трудности с собственными возможностями их преодоления. Он утверждал, что психологический стресс проявляется эмоциональным, когнитивным и физиологическим ответом. Лазарус полагал, что физиологический и психологический стрессы существенно различаются по ряду признаков – особенностям воздействующих стимулов, механизмам развития и характеру ответных реакций. Так, если физиологический стресс вызывает нарушение гомеостаза при непосредственном воздействии стимула на организм, то психологический стресс развивается в результате оценки субъектом значимости ситуации. Оценка же ситуации и осознание возможности ее преодоления зависят от интеллектуальных процессов и индивидуальных особенностей личности субъекта [70].

Вариантами психологического стресса являются информационный и эмоциональный стрессы. Информационный стресс — это психофизиологическое и эмоциональное напряжение из-за информационных перегрузок вследствие либо необходимости осмысления большого объема информации, либо необходимости принятия ответственного (связанного с угрозой жизни, здоровью или социальному статусу) решения, либо и того и другого одновременно. Зачастую ситуация усугубляется дефицитом времени, что также является фактором информационной перегрузки. Эмоциональный стресс — состояние ярко выраженного переживания конфликтных жизненных ситуаций вследствие острого или хронического ограничения важных социальных или биологических потребностей человека (явление фрустрации) [30]. К основным причинам возникновения эмоционального стресса относятся: чувство вины и обиды; ощущение опасности или явной угрозы самому себе или близким людям; изменение социального статуса и условий труда; наличие неизлечимой болезни; совершение преступления; техногенные катастрофы; боевые действия и т.п. Выраженность эмоционального стресса колеблется от состояний, находящихся в пределах физиологических и психологических границ

психоэмоционального напряжения, до состояний на грани психической и психосоматической патологии.

При возникновении психосоматической патологии психологический стресс выполняет либо триггерную, либо модулирующую функцию. Триггерное воздействия представляет собой предшествующее заболеванию эмоциональное нарушение, играющее роль «пускового» механизма. Модулирующее эмоциональное нарушение возникает в процессе заболевания, оказывает аддитивное влияние на его течение и часто сохраняется после ликвидации его клинических проявлений [34].

Патогенность психологического стресса зависит от его интенсивности и продолжительности (или от того и другого вместе) [69]. Чаще причинным фактором возникновения и развития психосоматического заболевания выступает хронический психологический стресс, возникающий вследствие так называемых внутриличностных конфликтов [13; 14; 21; 25; и др.]. Описано три варианта психологических конфликтов, наблюдаемых у больных с язвенной болезнью [13]. При первом варианте психическая травма возникает из-за бескомпромиссности социально-психологического стереотипа, не позволяющего человеку согласиться с возникшей жизненной ситуацией. При этом обострение язвенной болезни способствует снижению остроты конфликтной ситуации. Второй вариант конфликта характеризуется диссоциацией между сложившимся стереотипом реагирования и изменившимися социально-психологическими условиями. У больных, находящихся в состоянии постоянного внутреннего сопротивления и длительного напряжения (стресса), изменения установок происходят очень медленно. Третий вариант психологического конфликта заключается в стрессогенности попыток больных резко изменить отношение к себе и окружающим в связи с негативной динамикой своего социального статуса.

В настоящее время можно утверждать, что возникающее при психическом стрессе аффективное (эмоциональное) напряжение приводит к мобилизации нейроэндокринной и вегетативной систем, активация которых при длительном воздействии стрессора может вызвать не только функциональные нарушения, но и структурные изменения на органическом (органном) уровне. При психосоматической патологии выбор поражаемого органа-мишени

определяется его состоянием: генетической предрасположенностью к нарушениям (порог реактивности); влиянием внешних сопутствующих факторов (инфекции, интоксикации, физические травмы); степенью вовлеченности органа в психофизиологическую реакцию организма [69]. Таким образом, одним из важных факторов в патогенезе язвенной болезни является возникающая вследствие психологического стресса «поломка» защитных регулирующих систем организма, рассматриваемая как частный случай дезадаптации [9].

КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ

Культурно-историческая модель рассматривает формирование различных форм физиологической и психической патологии в социокультурном контексте [32]. В данной модели предполагается, что социальные факторы, определяя развитие человека, влияют на изменения структуры и динамики различных физиологических процессов, что сопряжено с риском возникновения психосоматической патологии. Культурно-исторический подход к психосоматической патологии предполагает рассмотрение закономерностей формирования телесного феномена в социальной ситуации развития человека, в контексте возможностей и ограничений, которые эта ситуация (в том числе социальная ситуация болезни) задает [32].

Теоретической основой формирования данной модели формирования психосоматической патологии являются положения культурно-исторической концепции Л. С. Выготского о высших психических функциях и знаковой системе как орудиях овладения собственной психикой, интериоризации и присвоения ребенком в процессе онтогенеза культурно-исторического, социального наследия. Суть концепции Л. С. Выготского заключается в том, что поведение и характер человека соотносится с конкретно-историческим контекстом. Рассматривая влияние на поведение и тело человека психики, он считал необходимым принципиально различать высшие («культурные», «общественно-исторические», полностью контролируемые человеком) и низшие («натуральные» или «природные», предопределенный биологической составляющей и не регулируемые волей человека) психологические функции. При этом он полагал, что «фундаментальной, генетически исходной

основой» развития психики и тела человека является его деятельность [10, с.245].

В становлении культурно-исторической концепции формирования психосоматической патологии важное значение имеют понятия «смысл», «означение» и «чувственная ткань» А. Н. Леонтьева [18], а также «внутренняя картина болезни» А. Р. Лурия [19]. Понятие «смысл жизни» определяется как характеристика стержневой и обобщенной динамической смысловой системы, ответственной за общую направленность жизни личности, а дефиниция «личностный смысл» — как индивидуализированное отражение действительности, выражающее отношение личности к тем объектам, ради которых развертывается ее деятельность и общение. Понятие «чувственная ткань» определяется как «материя образа» — комплекс внутренних ощущений [18]. Термин «внутренняя картина болезни» (далее — ВКБ) трактуется как «комплекс переживаний больного, связанных с заболеванием: общее самочувствие, ощущения, восприятие, эмоции, представления о болезни». В настоящее время под ВКБ понимается субъективное отношение больного к своему заболеванию, складывающееся из болезненных ощущений и внешних проявлений болезни, оценки механизмов их возникновения, тяжести и значения для будущего, а также типы реагирования на болезнь.

В настоящее время разработана концепция ВКБ, в соответствии с которой выделяют четыре этапа динамики психического отражения заболевания: чувственный, эмоциональный, интеллектуальный и мотивационный (или уровень личностных смыслов). *Этап появления чувственной ткани* (чувственный уровень психического отражения) проявляется в неопределенном характере телесных ощущений, не имеющих четкой локализации. Чувственная ткань представляется как основа построения образа болезни. *Этап первичного означения чувственной ткани* (эмоциональный уровень психического отражения) — период, когда осуществляется опосредование качества телесного переживания, в результате которого приобретается определенность и конкретность ощущений, появляется возможность их осознания. Как результат появляется соматоперцептивный образ, позволяющий оценивать изменение интенсивности чувственной ткани. *Этап вторичного означения* (интеллектуальный уровень психического отражения) характеризуется опосредованием телесных

проявлений системой культурных представлений о болезни и стереотипов. В результате этого изменяется качество ощущений, телесные проявления становятся симптомами болезни. На этом этапе создается концепция болезни. *Этап порождения личностного смысла болезни* (мотивационный уровень психического отражения или уровень личностных смыслов) определяет индивидуальное качество восприятия болезни и заключается в том, что образ болезни связывается с центральными смыслами, стержневыми мотивами и ценностями индивида.

В культурно-исторической концепции развития человека психосоматический онтогенез рассматривается с позиций как внешнего плана социализации телесности (культурного опосредования), так и внутреннего плана психологизации тела (интериоризации телесности как образа). Искажение, деформация, неадекватная или недостаточная социализация телесных феноменов, механизмов их социально-психологической регуляции могут обусловливать аномальный путь психосоматического развития, определяемый как «психосоматический дизонтогенез» [22]. При этом причины возникновения психосоматических расстройств обусловливаются как отклонениями в развитии каждой составляющей (смысла, значения, чувственной ткани), так и нарушениями средств их взаимосвязи. Выделяют два разных источника первичной психосоматической симптоматики. Первый из них (психофизиологический по своей природе) связан с дефектом биодинамической или чувственной ткани, базовой эмоциональной регуляции телесных проявлений. Второй источник обусловлен ситуацией совместно-разделенных телесных действий в диаде «мать-дитя», когда симптом является следствием нарушений в знаково-символическом опосредовании социализации телесности и может иметь характер задержки в развитии категориальных систем образа тела.

Интериоризация телесности начинается уже на начальных этапах развития ребенка в диаде «мать-дитя», в которой мать выполняет функцию означивания и наделения смыслом потребностей и телесных действий ребенка. Так, если младенец испытывает дискомфорт и начинает реагировать на него заложенным природой способом (хныкать, плакать или кричать), то мать, реагируя на эти проявления, означивает этот дискомфорт (называет его) и

удовлетворяет соответствующим образом потребность ребенка. При этом мать не только означивает (вербально и поведенчески) телесный феномен для ребенка, но и раскрывает своим эмоциональным реагированием смысл и ценность каждого телесного феномена. В научной литературе этот период определяется как этап абсолютного преобладания коммуникативного смысла над телесными симптомами [22]. На основании формирования системы значений (от наиболее простых форм, проявляющихся на языке сенсорной и эмоциональной модальностей, до более сложных) начинает формироваться образ тела, приобретающий многообразие смысловых характеристик в контексте целостного «образа мира».

Следующий этап развития психосоматических феноменов в онтогенезе характеризуется формированием гностической (познавательной) активности. Постепенно человек перестает реагировать на физические состояния детской реакцией плача и крика, используя слова для обозначения своего состояния и поведения, интериоризируя навыки ухода за телом, отношения к телу, здоровью и болезненным состояниям. После овладения языком ребенок начинает самостоятельно называть свои телесные состояния и получает возможность когнитивной оценки своих первоначальных телесных проявлений. У него постепенно происходит дифференциация представлений о теле и его частях, которая выражается в расширении словаря описания, начинают различаться собственно телесные и эмоциональные категории. На этом этапе он осваивает новый для себя класс подражательных и имитирующих телесных действий (подражает болеющим взрослым, неосознанно копирует способы и особенности эмоционального реагирования, стереотипы реагирования на болезнь и т. п.). Накопленные на этом этапе значения, смыслы, телесные действия, стереотипы и паттерны реакций на те или иные эмоциональные или телесные события в более взрослом возрасте могут вновь актуализироваться и ложиться в основу психосоматического симптомообразования, изменения смысловых и ценностных характеристик телесных переживаний [22].

Для следующего этапа развития психосоматических феноменов характерно формирование способности к рефлексии, накоплением значений и приобретением способности трансформировать устоявшиеся и создавать новые смыслы. По мере взросления формируется рефлексивный план сознания, когда появляется

возможность произвольной и сознательной регуляции телесных процессов. После дифференциации происходит интеграция представлений о собственном теле – формируется категория целостного тела, не сводимого к сумме отдельных частей (телесное Я). Дефицит рефлексивных психологических средств, затруднения в означении телесных переживаний (недостаточность накопленных значений) в дальнейшем могут приводить к развитию алекситимических черт личности, конверсионного способа психосоматического симптомообразования, ипохондрических черт личности [22].

Таким образом, в норме культурная, психологическая детерминация обусловливает психосоматический онтогенез – становление психосоматических функциональных систем, телесных реакций и действий (психосоматического феномена), а нарушение культурно-психологического опосредования является основной причиной психосоматического дизонтогенеза (психосоматического симптома).

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ

Концепция биопсихосоциального в качестве альтернативы биомедицинской модели впервые была предложена американским врачом Джорджем Энджелом (George L. Engel) в 1977 году [54]. Под биомедициной он понимал такой подход к проблеме соотношения здоровья и болезни, при котором безусловным признается приоритет биологических факторов над психосоциальными, а нарушение в работе организма рассматривается как единственное и достаточное условие для возникновения болезни.

В основе биомедицинского подхода лежит линейная, механистическая концепция причинности, в которой игнорируются личностные характеристики, эмоциональное состояние и потребности пациента [54]. В противовес к биомедицинской модели разработанная Энджелом многофакторная биопсихосоциальная модель [54] позволяет рассматривать клиническую единицу (болезнь) как результат взаимодействия многообразных факторов и систем [54]. Биопсихосоциальная модель опирается на ранее предложенную схему к исследованию взаимоотношений психики и сомы при изучении здоровья и болезни, включающую психоаналитический,

психофизиологический и психобиологический подходы [72]. Эта схема предполагает: изучение влияния психосоциальных факторов на формирование индивидуальной уязвимости к различным соматическим заболеваниям; взаимодействие психосоциальных и биологических факторов в развитии и исходе заболеваний; применение психотерапии для профилактики, лечения и реабилитации соматических заболеваний [72].

Современные биопсихосоциальные модели представляют собой класс междисциплинарных моделей, которые рассматривают взаимосвязь между биологическими, психологическими и социально-экологическими факторами. К биологическим относят генетические, физиологические, половые и другие факторы, которые влияют на специфику развития и проявления заболевания. Психологические факторы характеризуют эмоционально-волевую, поведенческую и когнитивную сферы личности. Социальные факторы включают в себя структуру и особенности межличностных и семейных отношений, социальный статус, профессиональны аспекты и предпочтения.

Несмотря на ряд ограничений, биопсихосоциальный подход приобрел значительное влияние в сфере научных исследований, медицинской практики и образования, а также лег в основу многих международных стратегий здравоохранения [64].

С позиции биопсихосоциального подхода в настоящее время рассматриваются многие хронические заболевания, включая язвенную болезнь [20; 24; 28 и др.], сердечно сосудистую патологию, диабет, онкологическая патология [87].

В зарубежных [49] (рисунок 4) и отечественных [24] (рисунок 5) биопсихосоциальных моделях показана роль биологических (генетических и физиологических), психологических и социальных факторов в генезе функциональных пищеварительных расстройств.

В данных моделях предполагается, что психосоциальные факторы, не являясь диагностическими критериями возникновения функциональных пищеварительных расстройств, предопределяют поведение больного и, в конечном итоге, способствуют возникновению клинических проявлений. При этом психологический стресс чаще всего обостряет проявления функциональных пищеварительных расстройств и редко вызывает появление симптомов у ранее здоровых людей.

Рисунок 4. Биопсихосоциальная модель функциональных пищеварительных расстройств [49]

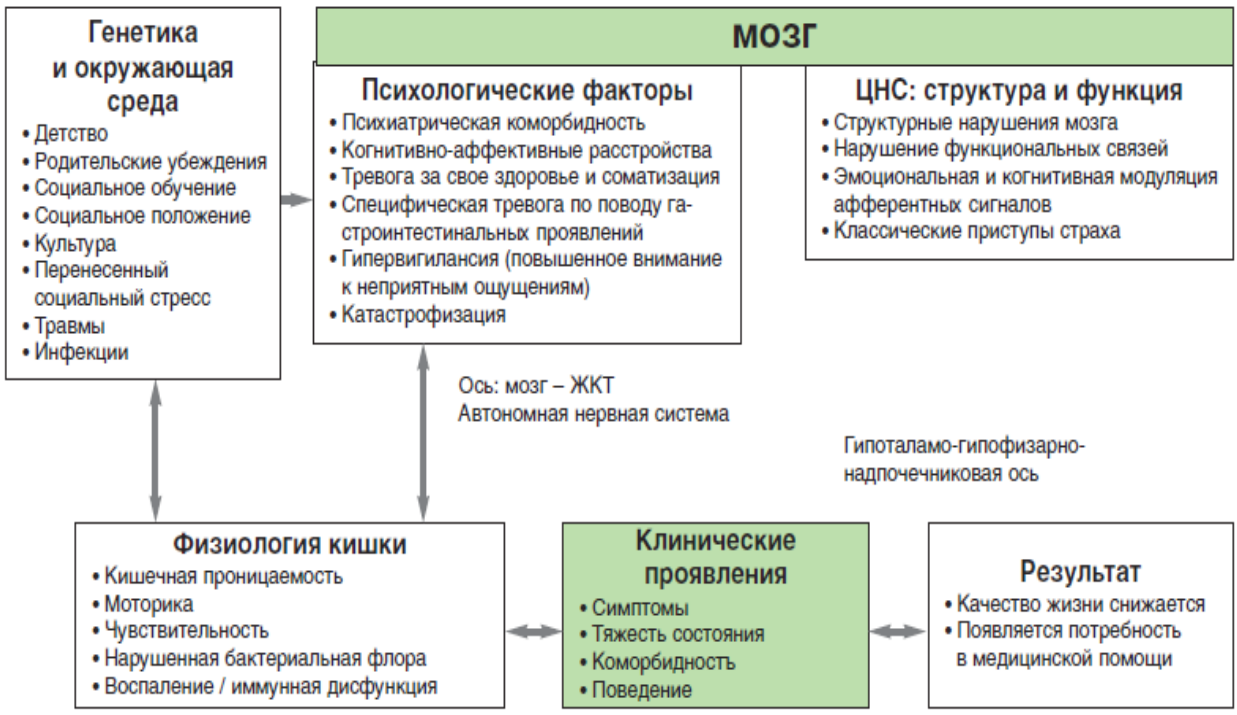

Рисунок 5. Биопсихосоциальная модель функциональных пищеварительных расстройств [24]

Хроническая дисфункция внутреннего органа, длительные неприятные ощущения и боли снижают работоспособность и качество жизни пациента, усложняют межличностные отношения в семье и на работе. Психологический дистресс по принципу обратной связи приводит к закреплению и усилению соматической дисфункции. У больных с тяжелой симптоматикой снижаются порог болевого восприятия и самооценка, формируются деструктивно-пессимистические когнитивные тенденции – болезненный пессимизм, тревожно-депрессивная катастрофизация своего состояния, гипертрофированное внимание к неприятным ощущениям, ипохондричность.

Литература

1. Абдулхаков Р. А. Современные подходы к эрадикационной терапии. Все ли вопросы решены? / Р. А. Абдулхаков, С. Р. Абдулхаков. — Вестник современной клинической медицины. — 2010. — Т. 3. — № 3. — С. 40—44.

2. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение / Ф. Александер. — М.: КАНОН+, 2016. — 352 с.

3. Аммон Г. Психосоматическая терапия/ Г. Аммон. — СПб.: Изд-во «Речь», 2000. — 238 с.

4. Антонян В. В. Особенности вегетативного статуса у больных гастродуоденальными эрозиями/ В. В. Антонян, А. А. Панов, С. В. Антонян. — Астраханский медицинский журнал. — 2011. — Т. 6. — № 1. — С. 135—139.

5. Балинт М. Базисный дефект: Терапевт. аспекты регрессии / М. Балинт. — М.: Когито—Центр, 2002. — 255 с.

6. Белов В. А/ Особенности личности и психосоматические взаимоотношения у больных язвенной болезнью желудка (двенадцатиперстной кишки) и хроническим неспецифическим язвенным колитом // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1971. — Т. 71. — № 9. — С. 1385—1390.

7. Быков К. М., Курцин И. Т. Кортико-висцеральная теория патогенеза язвенной болезни/ К. М. Быков, И. Т. Курцин. — М.: Акад. мед. наук СССР, 1949. — 87 с.

8. Быков К. М., Курцин И. Т. Кортико-висцеральная патология / К. М. Быков, И. Т. Курцин. — Л.: Медгиз. 1960. — 575 с.

9. Вайнштейн М. Ш. Язвенная болезнь частный случай дезадаптации / М. Ш. Вайнштейн. — Новосибирск: Наука, 1977. — 201 с.

10. Выготский Л. С. Собрание сочинений в 6 т./ Л. С. Выготский. — М.: Педагогика, 1983. — 504 с.

11. Гастроэнтерология: национальное руководство / Д. Ю. Богданов [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 700 с.

12. Горблянский Ю. Ю. Психосоциальные производственные факторы и риск нарушений здоровья медицинских работников / Ю. Ю. Горблянский [и др.] // Южно-Российский журнал терапевтической практики. — 2020. — №1(3). — С. 27—36.

13. Губачев Ю. М. Психосоматические аспекты язвенной болезни / Ю. М. Губачев, О. Т. Жузжанов, В. И. Симаненков. — Алма-Ата, 1990. — 216 с.

14. Коростелева И. С. Психологические предпосылки и последствия отказа от поиска в норме и при некоторых соматических заболеваниях / И. С. Коростелева, Ротенберг В. С. // Психол. журнал. — 1990. — Том II. — № 4. — С. 84—91.

15. Косенко А. Ф. Роль гипоталамуса в секреторной деятельности желудка / А. Ф. Косенко. — Киев: «Вища школа», 1977. — 166 с.

16. Куттер П. Современный психоанализ / П. Куттер. — СПб.: «Б.С.К.», 1997. — 351 с.

17. Кухтевич А. В. Течение язвенной болезни в зависимости от конституциональных особенностей больных / А. В. Кухтевич, О. В. Болотова, В. Г. Зилов // Клиническая медицина. — 2001. — Т. 79, № 5. — С. 41 — 44.

18. Леонтьев А. А. Деятельность, сознание, личность / А. А. Леонтьев, Д. А. Леонтьев, Е. Е. Соколова. — М.: Смысл, 2005. — 431 с.

19. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания / Р.А. Лурия. — М.: Медицина, 1977. — 112 с.

20. Лычковская Е. Л. Биопсихосоциальная модель формирования гастродуоденальной патологии у детей / Е. Л. Лычковская // Здоровье ребенка. — 2016. №1 (69). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/biopsihosotsialnaya-model-formirovaniya-gastroduodenalnoy-patologii-u-detey (дата обращения: 03.04.2024).

21. Миронычев Г. Н., Психосоматические аспекты язвенной болезни/ Г. Н. Миронычев, А. Ф. Логинов, А. В. Калинин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 1996. — № 3. — С. 35—40.

22. Николаева В. В. Клинико-психологические проблемы психологии телесности / В. В. Николаева, Г. А. Арина // Психологический журнал. — 2003. — № 1. — С. 119—126.

23. Павлов И. П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных / И. П. Павлов. — М.: Наука, 1973. — 660 с.

24. Плотникова Е. Ю. Влияние психосоматических факторов на течение заболеваний органов пищеварения/ Е. Ю. Плотникова, Т. Ю. Грачева, Я. В. Москвина // Русский медицинский журнал. — 2017. — №10. — С. 754—759.

25. Рысс Е. С. Роль нарушений эмоциональных связей в развитии язвенной болезни / Е. С. Рысс, Н. Н. Щерба, С. Л. Соловьева // Клиническая медицина. — 1985. — № 9. — С. 19—25.

26. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме / Г. Селье. — М.: Медгиз, 1960. — 254 с.

27. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. — М.: Прогресс, 1982. — 124 с.

28. Сидоров П. И. Синергетическая биопсихосоциодуховная концепция социальной эпидемии язвенной болезни/ П. И. Сидоров, Е. П. Совершаева // Экология человека. 2015. № 3. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/sinergeticheskaya-biopsihosotsioduhovnaya-kontseptsiya-sotsialnoy-epidemii-yazvennoy-bolezni (дата обращения: 03.04.2024).

29. Смулевич А. Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) / А. Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2000. — Т. 2. — № 2. — С. 35–39.

30. Судаков К. В. Функциональные системы организма в динамике патологических состояний / К. В. Судаков// Клиническая медицина. — 1997. — №10. — С. 4—11.

31. Томэ Х. Современный психоанализ/ Х. Томэ, Х. Кэхеле. — М.: Прогресс-Литера, 1996. — Т.1 — 575 с.

32. Тхостов А. Ш. Психология телесности / А. Ш. Тхостов. — М.: Смысл, 2002. — 287 с.

33. Урсано Р. Психодинамическая психотерапия/ Р. Урсано, С. Зонненберг, С. Лазар. — М.: Российская психоаналитическая ассоциация, 1992. — 158 с.

34. Фирсова Л. Д. Психосоматические аспекты хронических заболеваний органов пищеварения / Л. Д. Фирсова, Е. А. Маслова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2008. — №5. — URL: https://cyberleninka.ru/article/n/ psihosomaticheskie-aspekty-hronicheskih-zabolevaniy-organov-pischevareniya (дата обращения: 20.03.2024).

35. Фирсова Л. Д. Психологический портрет язвенной болезни / Л. Д. Фирсова. — ООО «Пи-Ар Медиа Групп», 2009. — 120 с.

36. Фрейд З. Психология бессознательного. Сборник произведений / З. Фрейд. — М.: Просвещение, 1990. — 447 с.

37. Хуцишвили М. Б. Свободнорадикальные процессы и их роль в патогенезе некоторых заболеваний органов пищеварения / М. Б. Хуцишвили, С. И. Рапопорт. — Клиническая медицина. — 2002. — № 10. — С. 10—16.

38. Циммерман Я. С. Проблема выбора «органа-мишени» в психосоматической медицине (на примере язвенной болезни двенадцатиперстной кишки)/ Я. С. Циммерман, Ф. В. Белоусов, Л. З. Трегубов //. Сибирский вестник гепатологии и гастроэнтерологии. — 2001. — №12. — С. 16—19.

39. Циммерман Я. С. Состояние иммунной системы у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и влияние на нее современной терапии и иммуномодулирующих средств / Я. С. Циммерман, Е. Н. Михалева // Клиническая медицина. — 2003. — № 1. — С. 40—44.

40. Циммерман Я. С Состояние психической сферы больных язвенной болезнью/ Я. С. Циммерман, Ф. В. Белоусов, Л. З. Трегубов // Клиническая медицина. — 2004. — №3. — С. 37—42.

41. Циммерман Я. С. Язвенная болезнь: актуальные проблемы этиологии, патогенеза, дифференцированного лечения / Я. С. Циммерман // Клиническая медицина. — 2012. — № 8. — С. 11—18.

42. Щербо А. П. Заболеваемость взрослого населения Российской Федерации гастритами и язвенной болезнью: тенденции последних двадцати лет/ А. П. Щербо, Н. В. Ширинская // Профилактическая и клиническая медицина. — 2016. — № 2 (59). — С. 21—24.

43. Araujo M. B. Etiopathogenesis of peptic ulcer: back to the past? / M. B. Araujo, P. Borini, R. C Guimares// Arq. Gastroenterol. — 2014. — Vol. 51(2). — P. 155—161

44. Chu K.-M. Patients with Helicobacter pylori positive and negative duodenal ulcers have distinct clinical characteristics/ K.-M. Chu, K-F. Kwok, S. Law, K.-H. Wong//. World J. Gastroenterol. — 2005. — Vol. 11(23). — P. 3518—3522

45. Cryer B. Gastrointestinal ulcers, role of aspirin, and clinical outcomes: pathobiology, diagnosis, and treatment / B. Cryer, K.W. Mahaffey // J. Multidiscip. Healthc. — 2014. — Vol. 7. — P. 137—146

46. Current European concepts in the management of Helicobacter pylori infection. The Maastricht Consensus Report. European Helicobacter Pylori Study Group. Gut. — 1997. — Vol.;41(1) . — P. 8—13.

47. Demou E Group-based healthy lifestyle workplace interventions for shift workers: a systematic review/ E. Demou, A. MacLean, L. J Cheripelli, K. Hunt, C. M Gray // Scand J Work Environ Health. 2018. — Vol. 44(6). — P.568—584.

48. Deutsch F. Symbolization as a formative stage of the conversion process/ F. Deutsch. — New York: Int. Univ. Press, 1959. — 126 p

49. Drossman D. A. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features and Rome IV / D. A.Drossman // Gastroenterology. — 2016. — Vol. 150(6). — P. 1262—1269.

50. Dunbar H. F. Psychosomatic diagnosis/ H. F. Dunbar. — New York: P.B. Hoeber, inc., Medical Book Dept. of Harper & Brothers, 1943 — 741 p.

51. Dunbar F. Mind and Body; Psychosomatic Medicine / F Dunbar. — New York: Random House, 1947. — 263 p.

52. Dunbar F. Emotions and Bodily Changes/ F Dunbar. — New York: Columbia University Press, 1954 — 1192p.

53. Engel G. L. Eine psychoanalytische Theorie der somatischen Störung / G. L. Engel, A. N. Schmale // Psyche. 1967. — Vol.23. — P. 241 — 261.

54. Engel G. L. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine / G. L. Engel // Science. — 1977. — Vol. 196. — P. 129–136.

55. Engel G. L. The clinical application of the biopsychosocial model / G. L. Engel // The American Journal of Psychiatry. –1980. — Vol. 137. — P. 535–544.

56. Engel G. L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine/ G. L. Engel // Family Systems Medicine, 1992. — Vol. 10(3). — P. 317—331.

57. Freud S. Fraulein Elizabeth v. R. In: Breuer, Joseph u. Freud, Sigmund. Studien uber Hysterie. Leipzig und Wien. Verlag Franz Deuticke, 1922 (1895). P. 116—154.

58. Freyberger H. Der psychosomatische Umgang mit Patienten mit Magen- und Zwolffingerdarmgeschwur / H. Freyberger // Therapiewoche. 1972. —Bl. 23.—P. 2492.

59. Gisbert J. P. Review article: Helicobacter pylori-negative duodenal ulcer disease/ J. P. Gisbert, X. Calvet // Aliment. Pharmacol. Ther. 2009. — Vol. 30(8). — P. 791—815.

60. Goenka M. K. Helicobacter pylori negative, non-steroidal antiinflammatory drug-negative peptic ulcers in India / M. K. Goenka,

S. Majumder, P. K. Sethy, M. Chakraborty // Indian J. Gastroenterol. — 2011. — Vol. 30(1). — P. 33—37.

61. Hagymsi K. Helicobacter pylori infection: New pathogenetic and clinical aspects/ K. Hagymási, Z. Tulassay //. World J. Gastroenterol. — 2014. — Vol. 20(21) . — P. 6386—6399.

62. Health Canada, Corporate Health Model: A Guide to Developing and Implementing the Workplace Health System in Medium and Large Businesses, Health Canada, Catalogue № H39—225/1991. URL: http://www.hc-sc.gc.ca (дата обращения:20.03.2024).

63. Healthy workplaces: improving employee mental and physical health and wellbeing [Electronic resource]: quality standard /The National Institute for Health and Care Excellence. London: NICE, 2017. — 21p.

64. Henningsen P. Still modern? Developing the biopsychosocial model for the 21st century / P. Henningsen // Journal of Psychosomatic Research. 2015. — Vol. 79(5). — P. 362—363.

65. Iijima K. Helicobacter pylori-negative, non-steroidal anti-inflammatory drug negative idiopathic ulcers in Asia/ K. Iijima, T. Kanno, T. Koike, T. Shimosegawa //. World J Gastroenterol 2014. — Vol. 20. — P. 706—713.

66. Kanno T. Accommodation in a refugee shelter as a risk factor for peptic ulcer bleeding after the Great East Japan Earthquake: a case-control study of 329 patients / T. Kanno et al. // J. Gastroenterol. 2015. — Vol. 50(1). — P. 31—40.

67. Kivimaki M. The Routledge International Handbook of Psychosocial Epidemiology (Routledge International Handbooks) / M. Kivimaki, G.D. Batty, A. Steptoe, I. Kawachi // New York: Routledge, 2018. — 426 p.

68. Kutter P. Der Basiskonflikt der Psychosomatose und seine therapeutischen Implikationen/ P. Kutter // Jahrbuch Psychoanalyse. 1981. — № 13. — S. 93—114.

69. Lachman S. I. Psychosomatic Disorders: a Behavioristic Interpretation / S. I. Lachman. — New York: Wiley. — 1972.— 208p.

70. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, Appraisal and Coping/ R. S. Lazarus, S. Folkman. — New York: Springer Publishing Company, 1984. — 456p.

71. Levenstein S. Psychological stress increases risk for peptic ulcer, regardless of Helicobacter pylori infection or use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs/ S. Levenstein, S. Rosenstock, R. Kart Jacobsen, T. Jorgensen // Clin Gastroenterol Hepatol. — 2015. — Vol. 13(3). — P. 498—506.

72. Lipowski Z. J. Psychosomatic medicine: Past and present. Part III. Current Research/ Z. J. Lipowski // Can J Psychiatry. — 1986. — Vol. 31(1). — P. 14—21.

73. Marty. P. La Pensee Operatoire / P. Marty, M. de M'Uzan // Revue Francaise de Psychanalyse. — 1963. — №27. — P. 1345—1356.

74. Melinder C. Decreased stress resilience in young men significantly increases the risk of subsequent peptic ulcer disease - a prospective study of 233 093 men in Sweden / C. Melinder et al. //. Aliment. Pharmacol. Ther. — 2015. — Vol. 41(10) . — P. 1005—1015.

75. Mitscherlich A. Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin / A. Mitscherlich. — Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1966. — 167s.

76. Nemiah J. C. Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders / J. C. Nemiah, P. E. Sifneos // Modern Trends in Psychosomatic Medicine / ed. by Oscar W. Hill. — London: Butterworths, 1976. — Vol. 2. — P. 441–457

77. Overbeck G. Psychosomatische Modellvorstellungen zur Pathogenese der Ulcuskrankheit / G. Overbeck, W. Biebl // Psyche. 1975. — Vol. 29(6) . — P. 542.

78. Rew J. Non-Helicobacter pylori, Non-NSAIDs / J. Rew // Korean J Med. — 2014. — Vol. 86. — P. 678—685.

79. Ruesch J. The infantile personality: the core problem of psychosomatic medicine / J. Ruesch // Psychosom. Med. 1948. — Vol. 10(3). — P. 134–144.

80. Schur M. Comments on the metapsychology of somatization / M. Schur // Psychoanal. study of the child. — 1955. — Vol. 10. — P. 119–164.

81. Shay H., Sun D.C.H. Etiology and pathology of gastric and duodenal ulcer. In: Bockus H.L. Gastroenterology, Philadelphia-London: Saunders Elsevier, 1968. — P. 420—465

82. Sifneos P. E. The prevalence of «alexithymic» characteristics in psychosomatic patiens / P. E. Sifneos // Psychother. Psychosom. — 1973. — Vol. 22. — P. 255–263.

83. Sinha M. Current perspectives in NSAID-induced gastropathy / M. Sinha et al. // Mediators Inflamm. — 2013. — Vol. 2013. — P. 209—258.

84. Suadocani P, Genetic and life-style determinants of peptic ulcer. A study of 3387 men aged 54 to 74 years: The Copenhagen Male Study / P. Suadicani, H. O. Hein, F. Gyntelberg // Scand. J. Gastroentero1. — 1999. — Vol. 34(1). — P. 12—17.

85. Warren J. R. Unidentified curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration/ J. R. Warren, B. J. Marshall // Lancet. — 1983. — Vol. 1. — P. 1311—1315.

86. Wilcox C. M. Stress ulcer prophylaxis in medical patients: who, what, and how much? / C. M. Wilcox, J. G. Spenney // Am J Gastroenterol. — 1988. — Vol. 83 (11) . — P. 1199—211.

87. Wojcik W, Towards a Biopsychosocial Model of Gulf War Illness? / W. Wojcik, S. M. Lawrie // EBioMedicine. — 2016. — Vol. 3. — P. 6 7.

88. *Wolff H. G. Stress* and Disease/ H. G. Wolff. — Springfield: Thomas, 1968. — 272 p.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Г. Б. ТЕЛЯТНИКОВА

Психосоматические заболевания являются многообразными и распространенными. Психическая норма часто определяется как соответствие образов восприятия человека окружающей действительности в сочетании с адекватными формами эмоционального и интеллектуального реагирования на реальные обстоятельства, а также способность менять поведение согласно этим изменениям. У разных людей выявляется различная степень выраженности и предрасположенности к развитию тех или иных заболеваний, как соматических, так и психосоматических. Психосоматические заболевания характеризуются многочисленными и стойкими соматическими жалобами, связанными с непропорционально интенсивными и дезадаптивными мыслями, чувствами и поведением, вызванными этими симптомами. Симптомы не возникают в результате симуляции или преднамеренно и могут, как действительно сопровождать существующее соматическое заболевание, так и не быть с ними связанны. К психосоматическим расстройствам в настоящее время относят: конверсионные симптомы, функциональные синдромы (множественные неопределенные жалобы, затрагивающие самые различные органы и системы организма), психосоматические болезни. К психосоматическим болезням относят: бронхиальную астму, язвенный колит, эссенциальную гипертензию, нейродермит, ревматоидный артрит, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, ишемическую болезнь сердца, ожирение, мигрень, синдром раздраженного кишечника.

Гипертоническая болезнь, так же описываемая в медицинской литературе как эссенциальная артериальная гипертензия, является сложным и полиэтиологичным заболеванием сердечнососудистой системы. В рамках клинической медицины артериальная гипертензия рассматривается как заболевание, возникающее из-за первичной дисфункции высших сосудорегулирующих центров. В дальнейшем к их дисфункции присоединяются изменения в нейрогормональных и

почечных механизмах регуляции артериального давления. Сложность диагностики и коварство заболевания в том, что нередко пациенты на ранних стадиях развития заболевания не ощущают повышения артериального давления. Обычно данное заболевание проявляется повышением артериального давления (АД) выше 130/90 мм рт.ст. При подъемах давления человека могут беспокоить головокружения, раздражение по поводу и без, головные боли, нередко возникают сложности с концентрацией внимания и нарушения памяти. Симптомы то ослабевают, то возвращаются с новой силой, нередко стрессовые ситуации провоцируют обострение течения болезни, но не всегда эти проявления воспринимаются как сигнал неблагополучия и игнорируются, тем самым усугубляя течение болезни.

Впервые термин «артериальная гипертензия» ввел в практику Е.Франк в 1911 году, в России Г. Ф. Ланг предложил использовать термин «гипертоническая болезнь». Термин «гипертония» более привычен, но в 1962 году А. Л. Мясников предложил ВОЗ использовать оба термина, как синонимы. В настоящее время, согласно МКБ-10, диагноз ставится как артериальная первичная гипертензия (с подразделами), гипертензивная болезнь сердца, гипертензивная болезнь с преимущественным поражением почек, гипертензивная болезнь с преимущественным поражением сердца и почек, вторичная гипертензия. Несмотря на многообразие факторов, способствующих развитию артериальной гипертензии, как первичной, так и вторичной, психологические и социальные предпосылки развития и манифестации болезни являются высоко значимыми. В России артериальной гипертензией страдают более 40 % населения. Чаще артериальная гипертензия встречается у жителей городов, особенно крупных. С возрастом частота возникновения артериальной гипертензии повышается. В настоящее время в России продолжается рост числа впервые выявленной артериальной гипертензии.

Среди факторов риска возникновения артериальной гипертензии выделяют наследственную предрасположенность, увеличенную реактивность к психоэмоциональному стрессу, наличие бессознательного интрапсихического конфликта, частые психотравмирующие ситуации, комплекс факторов питания (избыток соли, животных жиров, углеводов), ожирение, старение. Таким образом, дебют артериальной гипертензии при наличии большого

числа этиологических факторов сложно связать с каким-то одним. Несмотря на применение гипотензивных средств, терапия не устраняет причины гипертонической болезни. Не имея четкого представления о происхождении болезни, медицина не знает ее эффективного лечения.

Интересным представляется тот факт, что современный этап изучения артериальной гипертензии начался в 60-х годах 20 века, когда в европейских странах буквально разразилась эпидемия анорексии (расстройства пищевого поведения, в основе которого лежат психологические факторы), и один из препаратов, применяемых для похудения, вызывал стойкое повышение артериального давления, и как следствие приводил к развитию гипертонии.

Но нейрогенная теория развития гипертонии возникла раньше. В начала 1920-х годов Г. Ф. Ланг сформулировал нейрогенную теорию гипертонии. И затем эта теория была развита в работах А. Л. Мясникова в 1950–60-х годах. В целом эти исследования базировались на концепции И. П. Павлова о высшей нервной деятельности. Параллельно формировались представления о том, что существуют генетические предпосылки к развитию гипертонии.

Сопоставляя значение полигенного наследственного фактора и внешней среды для формирования эссенциальной гипертензии Дж. Пикеринг полагал, что неблагоприятное воздействие внешней среды в условиях современной цивилизации проявляет эту особенность генотипа у лиц, предрасположенных к эссенциальной гипертензии. В настоящее время, постулируется многопричинность этого заболевания, а вопрос о конкретной причине нарушений в каждом случае остается открытым.

В начале лечения необходимо нормализовать условия труда и отдыха. В качестве немедикаментозного лечения артериальной гипертензии применяют рационализацию питания с ограничением потребления поваренной соли, животных жиров и увеличением в рационе растительных жиров, рыбы, овощей и фруктов, лечебную физкультуру, психотерапию, гипокситерапию. Кроме того, обязательным является отказ от курения. Табакокурение обладает острым прессорным эффектом, который может повышать дневное артериальное давление. Отказ от курения, помимо влияния на артериальное давление, имеет также важное значение для снижения

сердечнососудистого риска и профилактики рака. Изменение образа жизни может предотвратить или отсрочить развитие артериальной гипертензии и снизить сердечнососудистый риск, отсрочить или устранить необходимость медикаментозной терапии при артериальной гипертензии 1-й степени, усилить эффекты антигипертензивной терапии. Однако изменения образа жизни никогда не должны становиться поводом для откладывания медикаментозной терапии у пациентов высокого сердечнососудистого риска. Основным недостатком немедикаментозных вмешательств является низкая приверженность пациентов к их соблюдению и снижение ее с течением времени.

Артериальная гипертензия во многих случаях относится к группе психосоматических заболеваний. Психологическими факторами развития артериальной гипертензии становятся частые стрессы, склонность к выраженным психоэмоциональным реакциям, дисбаланс в системе вегетативной нервной системы, наличие бессознательного интрапсихического конфликта. Многие исследователи отмечают, что предпосылки к развитию того или иного психосоматического заболевания (заболевания, имеющего психогенную природу) передаются по наследству. Нередко подобная предрасположенность формируется в процессе внутриутробного развития. Не всегда даже у родителей могут присутствовать те или иные психологические особенности, способствующие формированию гиперреакции на стресс или готовности к выраженному психоэмоциональному реагированию на самые различные факторы внешней или внутренней среды, порой совершенно незначительные.

Ребенок, у которого есть генетические предпосылки к формированию психосоматической патологии, попадает под влияние внешней среды: атмосфера в семье, условия в дошкольном или школьном учреждении. Таким образом, внутренние и внешние факторы формируют готовность к развитию того, или иного психосоматического заболевания. Впрочем, в особенно сложных ситуациях, заболевания психогенной природы могут развиваться уже в раннем возрасте. В дальнейшем, в зрелом возрасте на сформированную в детстве склонность к определенным психоэмоциональным реакциям. Условия жизни, постоянные психоэмоциональные не просто нагрузки, а перегрузки, формируемые требованиями современного общества, приводят к

тому, что регуляторные системы организма человека не в состоянии поддерживать свое нормальное функционирование.

Прежде чем перейти к обсуждению психологических предпосылок развития артериальной гипертензии, кратко опишем классический путь развития реакции на стресс.

Первоначально стресс был описан Гансом Селье, который разработал физиологическую теорию стресса и предложил определение, согласно которому стресс является неспецифической реакцией организма на требования, предъявляемые ему внешней средой. При этом в организме возникают такие реакции как повышение артериального давления, учащение сердцебиения, усиление кровообращения, активация симпатической нервной системы, угнетение деятельности иммунной системы, активация дыхательного центра, углубление и учащения дыхания, повышение тонуса мышц, повышение уровня кортизола, который в свою очередь провоцирует дальнейшие нейрохимические и физиологические изменения в организме. В биологической теории стресса выделяют три стадии: экстренной мобилизации защитных функций организма (стадия тревоги), устойчивого поддержания достигнутого уровня адаптированности (стадия сопротивления) и развитие дезападптации (стадия истощения).

В настоящее время стресс понимается как состояние, вызванное чрезмерно сильным воздействием на организм. К стрессорам относят сильные физические и нервно-психические нагрузки. К тому же многие повреждающие факторы психологической природы обусловлены не самим стрессором, а реакцией человека на этот фактор. Стрессовые состояния вызывают дезорганизацию как на физиологическом уровне (описанные выше физические проявления стресса), так и на психологическом (дезорганизация интеллектуальной деятельности, нарушения памяти, внимания).

Наиболее часто к развитию артериальной гипертензии приводят дезадаптивные реакции на стресс. Это могут быть как длительные стрессовые воздействия незначительной выраженности (обычная рутина, вызывающая стойкое напряжение регуляторных механизмов), сильные стрессы, превышающие возможности организма и вызывающие срыв адаптационных реакций, а так же ситуации, представляющие раздражающий фактор для человека, но в целом являющиеся обычными, порой даже незаметными людям с

другим уровенем психоэмоционального реагирования и состояния нейрорегуляторных систем.

Из личностных особенностей необходимо подчеркнуть, что для развития артериальной гипертензии нередко ведущим свойство личности является повышенная тревожность и тревожная впечатлительность. Эти личностные особенности приводят к постоянному напряжению системы «обнаружения опасности» и выраженной перегрузке регуляторных механизмов. Даже незначительные воздействия внешней или внутренней среды запускают бурную физиологическую и психологическую реакцию на стрессовое воздействие. Еще одним факторов является внутренняя готовность человека реагировать на внешние факторы длительными психологическими переживаниями.

С учетом таких особенностей артериальная гипертензия, являющаяся эволюционным способом адаптации, связанная с симпатико-адреналовым возбуждением, становится фактором развития патологического процесса.

Артериальная гипертензия становится телесным способом реакции на стресс, особенно в ситуации, когда человек не осознает, почему тот или иной фактор оказывает на него ильное влияние. К тому же в силу привычности реагирования человек по-прежнему реагирует на те или иные обстоятельства так, как он привык. Формируется порочный круг: ситуация — реакция — отсутствие осознания стрессового фактора — повышение тревоги / гнева (в зависимости от индивидуальных особенностей) — повышение артериального давления. К тому же повышение артериального давления в сочетании с выраженным повешением уровня кортизола может провоцировать повышение уровня тревоги. Круг замыкается.

Высокий уровень тревожности ассоциируется с более легким объективным течением соматического заболевания, а выраженный депрессивный эмоциональный фон, уменьшая тревогу и снижая аффективное напряжение, приводит к более выраженным симптомам соматического заболевания.

В клинической практике при преобладании тревожного радикала, который нередко ассоциируется с «синдромом множественных жалоб», в рамках таких соматоформных проявлений, как полиморфные кардиалгии, дизестезии, панические атаки, головокружения, слабость и др. При формировании «гипертогенной

доминанты» повышение артериального давления может случиться под воздействием самых незначительных, порой эмоционально нейтральных триггеров, таких как неожиданные известия, коллизии межличностных отношений, смена погоды, просмотр волнующего спектакля и т. п. Такие люди впечатлительны, мнительны, настороженны. У них часто отмечается кризовое течение, высокое пульсовое давление, спонтанная нормализация цифр артериального давления с периодами нормотензии, позволяющими иметь «лекарственные каникулы»; длительное отсутствие выраженного поражения органов-мишеней. У пациентов с конституциональной гипотимией клинические проявления артериальной гипертензией имеют более предсказуемый характер течения процесса: они долго «копят» эмоции, чтобы затем резко взорваться. Такие люди замкнуты, недоверчивы, импульсивны и агрессивны. Как правило, в клинической картине довольно рано выявляются признаки поражения органов-мишеней: гипертрофия миокарда левого желудочка, субклинический атеросклероз, лабораторные маркеры нефропатии, дисциркуляторная энцефалопатия.

Постепенно выраженность соматических симптомов нарастает, и разрегуляция нейровегетативных механизмов приобретает устойчивый характер, а изменения в органах-мишенях их функциональных и обратимых переходят в стадию органических и необратимых.

Артериальная гипертензия может быть спровоцирована так же и неосознаваемым внутриличностным конфликтом. В этой ситуации человек не всегда осознает длительное внутреннее напряжение, которое связано с тем, что в его сознании и бессознательном могут присутствовать различные, порой противоположные убеждения и установки, и их противостояние создает тот самый выраженный тревожно-агрессивный фон, подпитывающий напряжение нейрорегуляторных систем и в конечном итоге – вначале эпизодическое, а затем уже и постоянное повышение артериального давления, что в конечном итоге превращается в клинический диагноз «артериальная гипертензия», что в итоге становится еще одним фактором для формирования других заболеваний сердечнососудистой системы.

Профилактика и лечение артериальной гипертензии должны быть комлексными. Наиболее реалистичным подходом к первичной

профилактике психосоматических расстройств является работа с группами риска. Повышенный риск развития артериальной гипертензии может быть связан с изменением уровня стрессоустойчивости, или адаптивности, личности. Адаптивность — это способность противостоять срывам психической адаптации. На это влияет и состояние соматического здоровья, и психологическое здоровье, и социальная ситуация, в которой находится человек, и предшествующий опыт разрешения тех или иных стрессовых ситуаций.

В психологическом плане с профилактической и лечебной целью могут быть использованы различные методики обучения релаксации, саморегуляции, аутогенной тренировки. Индивидуальная и групповая психологическая работа, прохождение тренингов, направленных на развитие навыков саморегуляции и стрессоустойчивости.

При лечении артериальной гипертензии необходимо комплексное обследование и консультация специалистов (терапевт, кардиолог, невролог). Если выявляются какие-либо соматические изменения, то требуется их коррекция.

Литература

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина: принципы и практическое применение; пер. с англ. С. Могилевского. М.: ЭКСМО-Пресс, 2002.

2. Арабидзе Г.Г., Фагард Р., Петров В.В., Стассен Я. Изолированная систолическая артериальная гипертония у пожилых // Тер. арх.1996. № 11. С. 77–82.

3. Болезни сердца и сосудов // Руководство для врачей в 4-х томах, под ред. Е.И. Чазова. М.,1992. Т. 3. Гипертоническая болезнь.

4. Володина О.В. Психосоматические взаимосвязи тревожных невротических расстройств и гипертонической болезни (аналитический обзор) // Российский психиатрический журнал. 2009. № 5. С. 119–127.

5. Галявич А.С. История изучения артериальной гипертензии от Чезальпино до XXI века. // Артериальная гипертензия. 2023. Вып. 29(4). С. 180–182.

6. Дереча В. А., Балашова С. В., Дереча Г. И., Киреева Д. С. Проявления и психические механизмы соматоформных расстройств // Оренбургский медицинский вестник. 2014. № 1 (5). С. 330–347.

7. Еремеев А. Г. Психосоматические аспекты гипертонической болезни // СМЖ. 2020. № 1. С. 23–34.

8. Жареникова Н.В., Лопатинская Н.В., Тугова Ю.Е. Гипертоническая болезнь: история вопроса и современные аспекты лечебной тактики // История и педагогика естествознания. 2018. № 4. С. 45–62.

9. Медведев В.Э. Психические расстройства и артериальная гипертензия. // Психические расстройства в общей медицине. 2007. Вып. 10. С. 25–31.

10. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л. Психокардиология. М.: Медицинское информационное агентство, 2005.

11. Соловьевская Н.Л. История развития психосоматики // Труды Кольского научного центра РАН. 2018. № 11-15 (9). С. 219–224.

12. Фолков Б., Нил Э., Кровообращение. Пер. с англ. М.: Медицина, 1976.

13. Цырлин В.А., Плисс М. Г., Кузьменко Н. В. История измерения артериального давления: от Хейлса до наших дней // АГ. 2016. № 2. С. 95–107.

14. Шулутко Б.И., Перов Ю.Л. Артериальная гипертензия. СПб.: Мир, 1992.

15. Эйдемиллер Э.Г., Александрова Н.В., Юстицкис В. Семейная психотерапия: хрестоматия. СПб.: Речь; 2007.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА

А. В. СОЛОВЬЁВА

Сахарный диабет — заболевание, которое наравне с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями входит в тройку лидеров по статистике распространенности в мире. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) «за период с 1980 по 2014 г. количество страдающих диабетом выросло со 108 миллионов до 422 миллионов человек» [5].

На рисунке 1 наглядно видно, что большинство стран подвержены развитию данного заболевания на своих территориях и экономический уровень развития страны не является гарантом отсутствия/наличия данного диагноза.

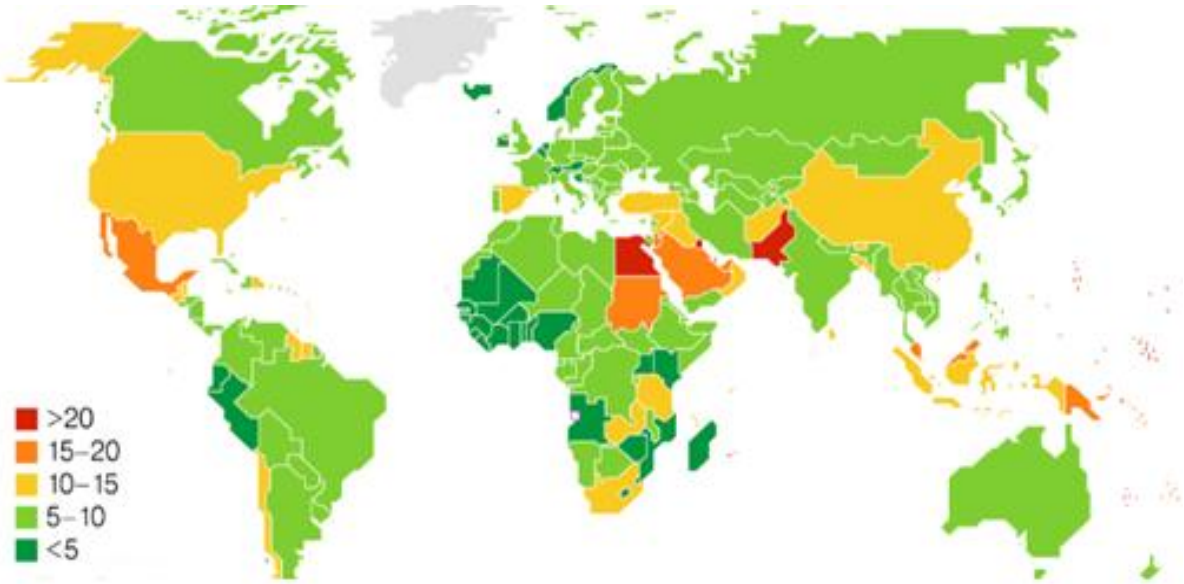

Рисунок 1. Распространение сахарного диабета в мире
(доля заболевших в населении в возрасте от 20 до 79 лет) [5]

«Согласно оценкам экспертов Глобальной исследовательской программы бремени болезней (GBD), в 2019 году с диабетом жили почти 460 млн. человек, заболевание было восьмой по значимости

причиной смерти и инвалидности в мире. По оценкам Международной диабетической федерации (IDF), в 2021 году диагноз был уже у 537 млн. человек» [8].

Распространенность сахарного диабета в России не утешительная. Постоянно наблюдается статистика прироста, причем как среди взрослого, так и детского населения. Согласно официальным данным, представленным в отчете Т. Голиковой, по состоянию на начало 2020 года официально диагностировано заболевание у 5,1 млн. взрослых и 50 тыс. у детей [18].

При этом Роспотребнадзор заявляет, что распространенность сахарного диабета составляет 5,7%, а численность больных — 9 миллионов человек.

Как видно из табл.1, статистика прироста составляет 1,2 млн. человек каждые 5 лет, что свидетельствует о том, что к 2030 году количество выявленных случаев составит 8,0 млн. человек.

Таблица 1

Статистика больных по годам (млн. человек)

2006	2011	2014	2015	2020
2,5	3,6	4,1	4,4	5,6

В сентябре 2022 года в Минздраве озвучили, что диагноз «сахарный диабет» обнаружен у каждого 15-ого россиянина, что составляет 10,5 млн. человек [8].

Однако в данную статистику не входят те лица, для которых сахарный диабет — это последствие перенесенного COVID-19 и его первопричина. Многочисленные медицинские исследования доказывают, что коронавирус может инфицировать клетки поджелудочной железы. Об этом сообщается в журнале «Клеточный метаболизм»: вследствие перенесенной короновирусной инфекции поражаются бета-клетки, отвечающие за выработку инсулина [13].

Кроме этого, стоит отметить, что сахарный диабет — диагноз, который является причиной высоких показателей смертности. По данным Международной федерации диабета (IDF) в 2021 году диабет и его осложнения привели к 6,7 млн. смертей в мире — по одной смерти каждые пять секунд [8].

Изучая семьи, в которых воспитывают ребенка с диабетом, необходимо, в первую очередь, обратиться к нозологии заболевания.

Сахарный диабет — заболевание, которое включено в Международный классификатор болезней. В МКБ-11 сахарный диабет включен в 5 группу заболеваний эндокринной системы, расстройств питания, нарушения обмена веществ и представлен в следующих классификациях [8]:

«5A10 — Сахарный диабет 1 типа

5A11 — Сахарный диабет 2 типа

5A12 — Диабет, связанный с недостаточным питанием

5A13 — Сахарный диабет, другой уточненный тип

5A14 — Сахарный диабет неуточненного типа»

При этом в данной редакции классификатора исключены JA63 Сахарный диабет во время беременности и ЛИ70.2 Сахарный диабет новорожденных.

Сахарный диабет (СД) относится к группе заболеваний метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся хронической гипергликемией, которая является результатом нарушения секреции инсулина. Хроническая гипергликемия при СД сопровождается повреждением, дисфункцией и недостаточностью различных органов, особенно глаз, почек, нервов, сердца и кровеносных сосудов [20].

В учебно-методическом пособии ФГБОУ ВПО Ульяновского государственного университета «Сахарный диабет. Клиника, диагностика, тактика ведения. Неотложные состояния» дается следующее описание сахарного диабета 1 типа: «СД 1 типа — деструкция β-клеток поджелудочной железы, обычно приводящая к абсолютной инсулиновой недостаточности» [20, с. 15-19].

Ранее было принято название «инсулинозависимый сахарный диабет (ИЗСД)». Согласно информации, взятой из указанного выше пособия, важными отличительными признаками течения заболевания можно считать [20, с. 15]:

— «для выживания пациентам необходимы пожизненные инъекции инсулина;

— обычно развивается у детей и подростков (хотя может развиться и позднее в жизни);

— может сопровождаться такими тяжелыми симптомами, как кома или кетоацидоз;

— пациенты с этим типом диабета обычно не страдают от ожирения, но ожирение не исключается при этом диагнозе;

— пациенты подвергаются повышенному риску развития микрососудистых и макрососудистых осложнений».

«В изучении этиологии заболевания медики однозначны в двух направлениях:

1. это аутоиммунное разрушение β-клеток поджелудочной железы при присутствии определенных антител в крови;
2. комплексное заболевание, вызываемое мутациями более чем в одном гене, а также факторами, связанными с окружающей средой.

Симптомами сахарного диабета в детском возрасте чаще всего являются учащенные мочеиспускания (полиурия), жажда (полидипсия), чувство голода (полифагия), необъяснимая потеря веса. Кроме этого, возможны онемение конечностей, боль в ступнях (дизестезия), усталость и нечеткость зрения; рецидивирующие или тяжелые инфекции; потеря сознания или тяжелая тошнота/рвота (кетоацидоз) или кома.

Диагноз «Сахарный диабет» ставится на основании классических симптомов гипергликемии и аномальных результатов анализа крови. У пациентов без классических симптомов диагноз может быть также поставлен на основании аномальных результатов двух анализов крови, сделанных в разные дни» [20, с. 15].

Обратимся к медицинской энциклопедии, где подробно описаны возможные физиологические причины возникновения сахарного диабета и механизмы его развития. Далее цитируем по медицинской энциклопедии: «Возникновение сахарного диабета возможно при оперативном удалении поджелудочной железы, что ведет к абсолютной инсулиновой недостаточности. Снижение функциональной активности b-клеток островков, Лангерганса может наступить после острого и хронического панкреатита.

Септические процессы в брюшной полости, локальные кровоизлияния в ткань поджелудочной железы, тяжелые инфекции, вирусные заболевания могут содействовать гибели инсулярного аппарата» [11].

«Возникновение сахарного диабета в период интенсивного роста в подростковом, юношеском возрасте может быть обусловлено повышенным количеством в крови гормона роста (М. И. Балаболкин, З. И. Левицкая, Г. С. Зефирова и др.)» [11].

Причин возникновения и развития сахарного диабета множество, они носят соматический/физиологический характер (токсический зоб, тяжелая форма тиреотоксикоза, токсическое воздействие тиреоидных гормонов на печень, тканевая патологические состояния, следствие перегрузки углеводами и другими продуктами питания).

Необходимо также отметить, что «переедание ведет к компенсаторному выбросу инсулина, что впоследствии вызывает истощение инсулярного аппарата (С. М. Лейтес, С. Г. Генес, Joslin). У больных, страдающих ожирением, часто наблюдаются патологические изменения углеводного обмена и в ряде случаев латентный (скрытый) сахарный диабет может перейти в явный» [11].

Уже привычным можно считать возможность возникновения сахарного диабета у детей в семьях, в которых родители или родственники болеют сахарным диабетом (С. Г. Генес, Е. И. Цукерштейн, Falta), это так называемая «группа риска». Специалистами отмечается и влияние неблагоприятных жизненных ситуаций: «у детей с неполноценным инсулярным аппаратом нарушается углеводный обмен. Имеется много случаев сахарного диабета у близнецов» [11].

Существует мнение, что сахарный диабет также можно отнести к группе заболеваний, имеющих психосоматическую природу. Обратимся к подобным исследованиям: «Первые случаи психосоматического диабета были зафиксированы во второй половине XIX века. Его диагностировали у бывших военных, а возникновение болезни связали с чувством страха. Чуть позже это заболевание включили в международный список психосоматических болезней (модернизированный вариант «Святой семерки»). А причиной развития стали считать любое внутреннее напряжение. Современные исследователи утверждают, что причину нужно искать в последних пяти годах перед развитием заболевания» [15]. Многие исследователи сходятся в том, что четвертая часть всех случаев диабета вызвана постоянным психоэмоциональным напряжением, которое сопровождается гормональным выбросом: «при возбуждении активизируется работа парасимпатического отдела нервной системы. При этом выработка инсулина подавляется, а уровень глюкозы повышается (кортизол, вырабатываемый при стрессе, способствует синтезу глюкозы, так как она дает энергию для

борьбы). Чем чаще это происходит, тем сильнее страдает поджелудочная железа, тем больше накапливается энергии. Если она выходит наружу, а гормоны приходят в норму, то организм быстро восстанавливается. Если же стресс хронический, а энергия не находит выхода, то со временем это приводит к диабету» [Там же].

Психосоматолог Луиза Хей к вероятным причинам сахарного диабета относит чувство тоски, часто тоски по несбывшемуся; неудовлетворенность собой работой, семьей, образом жизни и т.п., сильная потребность в контроле, глубокое горе, когда «не осталось ничего приятного» [19]. Вторая группа причин, по мнению Л. Хей, — неспособность выражать любовь: «для гармонии важен баланс. Нужно как получать любовь, так и отдавать ее. И лучше найти и то и другое в самом себе. Способность любить — личное качество, которое не требует наличия конкретного объекта» [19].

Лиз Бурбо, канадский психолог, психосоматолог уверяет, что причины диабета кроются в эмоциональной сфере. Впечатлительность ребенка, желание всего и для всех; зависть; неудовлетворенная жажда любви и нежности, недостаток внимания и понимания со стороны родителей — всё это может стать причиной развития диабета в детском возрасте [2]. Такой ребенок пытается всё контролировать, сделать всех счастливым и, если у него это не получается, то возникает чувство вины. Что бы диабетик ни делал, о чем бы ни мечтал и что бы ни планировал, все исходит из его неудовлетворенной потребности в любви, нежности и заботе. «Это глубоко несчастный и грустный человек, который не любит себя. Ему не хватает внимания и понимания, душу мучает пустота. Чтобы получить внимание и заботу он заболевает, а в попытках найти любовь переедает», — уверяет читателей Лиз Бурбо, предлагая аффирмацию: «Любое мгновение жизни наполнено радостью. Я с радостью встречаю сегодняшний день» [15].

Владимир Жикаренцев на основании собственной практической деятельности, изучив природу метафизики, пришел к следующему заключению: "болезни возникают из-за негативных мыслей и кармической загрязненности. А причина диабета кроется в «сожалении об упущенных возможностях и неудовлетворенностью жизнью» [3].

Жильбер Рено в книге "Исцеление воспоминанием" демонстрирует весьма интересные выводы: «с точки зрения анализа

семантики слова диабет, "диа" - это то, что рассекает надвое, и "бейт" - это "дом". С этой точки зрения диабет может быть рассмотрен как конфликт в доме, раскол в семье, конфликт между домом и семьей; это разделение пережитое дома. Метафорически эти переживания, с точки зрения автора, можно выразить следующими ощущаемыми переживаниями:

— Я семейный изгой, в стороне от остальной семьи;

— Я отвергнут семьей и отправлен в школу/колледж;

— Просто отвратительно, что они со мной делают, все остальные живут дома;

— Мне отказали в смысле наследства;

— Я борюсь с этим отталкиванием, этой несправедливостью» [4].

При таком понимании становится понятен биологический смысл заболевания, который вкладывает автор: «битва неотвратима, я должен быть готов сопротивляться нападающим», а для этого нужны запасы в виде сахара, которые служат «топливом для мышц» [4, с. 103].

Проанализировав физиологические и психосоматические причины возникновения диабета, еще раз подчеркнем, что:

— при диабете 1 типа вырабатывается недостаточно инсулина, что приводит к ухудшению соматического здоровья, вплоть до летального исхода. Это серьезное заболевание, требующее постоянного контроля и медикаментозного сопровождения. Заместительная инсулинотерапия является единственным методом лечения СД 1 типа. В большинстве случаев рекомендуется интенсифицированная (синоним — базисболюсная) инсулинотерапия с разделением инсулина на: фоновый, или базальный (используются препараты средней продолжительности, длительного и сверхдлительного действия, при помповой инсулинотерапии — препараты ультракороткого действия); пищевой, или прандиальный (используются препараты короткого и ультракороткого действия); коррекционный — для снижения повышенного уровня гликемии (используются препараты короткого и ультракороткого действия) [Там же, 16].

— диабет 1 типа в качестве психологических причин транслирует хроническую неудовлетворенность и чувство

незащищенности: эмоциональный голод воспринимается в буквальном смысле как пищевой. У больных сахарным диабетом часто наблюдаются необычно сильные тенденции получать и принимать помощь.

Результаты исследования.

В исследовательских целях автором были поставлены гипотезы, которые в той или иной степени были направлены на проверку теоретических положений, изложенных выше.

Обратимся к результатам авторского исследования, проведенного в 2022-2023 году. В исследовании приняли участие 10 семей, где у несовершеннолетнего ребенка дебютировал диабет 1 типа. Общая характеристика семей, обратившихся за помощью, представлена в таблице 2.

Таблица 2

Общая характеристика группы респондентов

№ п/п	папа	мама	пол ребенка	возраст
Семья 1	Оба работают, живут вместе		мальчик	5 лет
Семья 2	Оба работают, живут вместе		мальчик	5 лет
Семья 3	Оба работают, живут вместе		мальчик	4,5 лет
Семья 4	Родители в разводе, папа работает, мама нет; живут раздельно		мальчик	5 лет
Семья 5	Оба работают, живут вместе		мальчик	9 лет
Семья 6	Родители в разводе, живут раздельно		мальчик	12 лет
Семья 7	Оба работают, живут вместе		девочка	6 лет
Семья 8	Оба работают, живут вместе		девочка	5 лет
Семья 9	Папа работает, мама нет, живут вместе		девочка	7 лет
Семья 10	Родители в разводе, живут раздельно		девочка	11 лет

В рамках данного пособия представим некоторые результаты. Проведено кластерное исследование по трем субшкалам опросника PARI, включенных в интегральный показатель «Отношение родителей к ребенку».

В результате каждая общая выборка отцов и матерей была разделена на 3 группы (кластера), см. таблицу 3.

Таблица 3

Кластерные группы респондентов по характеру эмоционального отношения к ребенку

Характер эмоционального отношения	Мама	Папа	Кол-во
амбивалентное отношение к ребенку: одновременно проявление эмоциональной дистанции и излишней концентрации	+		2
оптимальный эмоциональный контакт	+	+	5/5
преобладание оптимального эмоционального контакта над излишним дистанцированием	+		3
излишняя эмоциональная дистанция		+	3
излишняя концентрация на ребенке		+	2

Анализируя результаты дисперсионного анализа (ANOVA), автоматически осуществленного в рамках кластерного анализа, которые показывают степень точности разделения выборки матерей и отцов на кластеры (группы) по характеру эмоционального отношения к своему ребенку, можно сделать следующие выводы:

1. для всех матерей (независимо от характера эмоционального отношения к ребенку) свойственно проявлять следующие формы эмоциональных отношений, которые проявляются в семье. Это подавление агрессии, подавление своей сексуальности, партнерские отношения, чрезмерное вмешательство в мир ребенка

По степени наибольшей выраженности: чем больше коэффициент, стоящий после аббревиатуры формы эмоционального отношения, тем более данная форма эмоционального отношения свойственна всем матерям, имеющим детей с СД-1:

— подавление агрессии (ПдАгр; 0,598);

— подавление своей сексуальности (ПдСкс; 0,388**)**;

— партнерские отношения (ПртОтн; 0,322).

— чрезмерное вмешательство в мир ребенка (ЧрВмРб; 0,210).

2. для всех отцов (независимо от характера эмоционального отношения к ребенку) свойственно проявлять следующие формы эмоциональных отношений: чрезмерное вмешательство в мир ребёнка, партнерские отношения, чрезмерная забота, исключение

внесейных влияний, предоставление ребенку возможности высказаться

По степени наибольшей выраженности у отцов: чем больше коэффициент, стоящий после аббревиатуры формы эмоционального отношения, тем более данная форма эмоционального отношения свойственна всем отцам, имеющим детей с СД-1:

— чрезмерное вмешательство в мир ребенка (ЧрВмРб; 0,692);

— партнерские отношения (ПртОтн; 0,527);

— чрезмерная забота (Чр3б; 0,416);

— исключение внесемейных влияний (ИсВсмВл; 0,198);

— предоставление ребенку возможности высказаться (Врб; 0,101).

Невооруженным глазом видны совпадения, присущие в поведении обоим родителям: чрезмерное вмешательство в мир ребенка, перенос на партнерские отношения. Если вспомним психосоматику диабета, то такие проявления эмоциональных отношений явно не улучшат клиническую картину.

Проведем поочередно количественно-качественный анализ отношения к семейной роли в группах матерей, а затем в группах отцов, образованных с помощью кластерного анализа (группа 1, группа 2, группа 3).

Результаты количественно-качественного анализа отношения к семейной роли в группах матерей, образованных с помощью кластерного анализа представлены в таблице 4.

Анализируя отношение матерей к семейной роли, следует отметить, что респонденты разных групп значимо отличаются только по двум из них:

а) по показателю «Семейные конфликты» (СмКнф, $\alpha \leq 0{,}000$) — матери с оптимальным эмоциональным контактом с ребенком чаще ввергаются в семейные конфликты (12,14), чем матери с амбивалентным эмоциональным отношением к ребенку (11,65) и матери с преобладанием оптимального эмоционального контакта над излишним дистанцированием (11,97);

б) по показателю «Зависимость и несамостоятельность матери» (НсМт, $\alpha \leq 0{,}033$) — матери с амбивалентным эмоциональным отношением к ребенку (13,85) проявляют большую зависимость и несамостоятельность, чем матери из Гр2 (13,74) и Гр3 (13,80).

Таблица 4

Отношение к семейной роли в группах матерей

Группы матерей	Показатели отношения матерей к семейной роли							
	ЗвСм	ОщСмпж	СмКнф	СвАвРд	НуРлХз	БзМж	ДмМт	НсМт
Гр 1	17,55	12,9	11,65	14,85	13,75	11,1	13,7	13,85
Гр 2	17,5	12,86	12,14	14,84	13,8	11	13,82	13,74
Гр 3	17,57	12,80	11,97	14,87	13,70	11,07	13,83	13,80

В таблице 4 использованы следующие аббревиатуры:

1) в столбце 1 (соответственно):
   - ГрМ1 — матери с амбивалентным эмоциональным отношением к ребенку (излишняя эмоциональная дистанция и одновременно излишняя концентрация на нем);
   - ГрМ2 — матери с оптимальным эмоциональным контактом с ребенком;
   - ГрМ3 — матери с преобладанием оптимального эмоционального контакта над излишним дистанцированием;
2) в столбцах 2—9 (соответственно):
   - ЗвСм — ограниченность интересов женщины рамками семьи, заботами исключительно о семье;
   - ОщСмпж — ощущение самопожертвования в роли матери;
   - СмКнф — семейные конфликты;
   - СвАвРд — сверхавторитет родителей;
   - НуРлХз — неудовлетворенность ролью хозяйки дома;
   - БзМж — «безучастность» мужа, его невключенность в дела семьи;
   - ДмМт — доминирование матери;
   - НсМт — зависимость и несамостоятельность матери.

Несмотря на то, что по остальным шести проявлениям отношения к семейной роли значимых различий не выявлено, со всей ответственностью можно утверждать, что:

а) женщины всех групп примерно одинаково проявляют и переживают следующие формы своего отношения к семейной роли и отношения к семейной роли своих мужей: ограниченность своих интересов рамками семьи и заботами исключительно о своей семье; сверхавторитет матери; неудовлетворенность ролью домохозяйки; «безучастность» мужей, их недостаточную включенность в дела семьи;

б) матери с амбивалентным эмоциональным отношением к ребенку (12,9) и оптимальным эмоциональным отношением (12,86) более остро ощущают самопожертвование в роли матери по сравнению с женщинами из Гр3 (12,8);

в) матери с оптимальным эмоциональным отношением к ребенку (13,82) и матери с преобладанием оптимального эмоционального контакта над излишним дистанцированием (13,83) чаще проявляют своё доминирование в рамках выполнения семейной роли по сравнению с матерями, проявляющими амбивалентное эмоциональное отношением к ребенку (13,7).

Количественно-качественный анализ отношения к семейной роли в группах отцов, образованных с помощью кластерного анализа, представлен в таблице 5.

Таблица 5

Отношение к семейной роли в группах отцов

Группы отцов	Показатели отношения отцов к семейной роли							
	ЗвСм	ОщСмпж	СмКнф	СвАвРд	НуРлХз	БзМж	ДмМт	НсМт
Гр 1	11,15	17,3	9,8	15,55	11,1	6,65	96,85	12,2
Гр 2	11,27	17,27	9,77	15,63	11,07	6,97	96,53	12,37
Гр 3	11,18	17,12	9,82	15,8	11,12	6,76	96,74	12,3

В таблице 5 использованы следующие аббревиатуры:

1) в столбце 1 (соответственно):
   - Гр1 — отцы с излишней концентрацией на ребенке;
   - Гр2 — отцы с излишней эмоциональной дистанцией (состоящие в разводе и проживающие отдельно от своих детей);
   - Гр3 — отцы с оптимальным эмоциональным контактом;

2) в столбцах 2—9 (соответственно):
   - ЗвСм — ограниченность интересов женщины рамками семьи, заботами исключительно о семье;
   - ОщСмпж — ощущение самопожертвования в роли матери;
   - СмКнф — семейные конфликты;
   - СвАвРд — сверхавторитет родителей;
   - НуРлХз — неудовлетворенность ролью хозяйки дома;
   - БзМж — «безучастность» мужа, его невключенность в дела семьи;
   - ДмМт — доминирование матери;
   - НсМт — зависимость и несамостоятельность матери.

Анализируя отношение отцов к семейной роли, следует отметить, что респонденты разных групп значимо отличаются по 4 из 8 изучаемых показателей:

а) наиболее значимы различия по показателю «Невключенность отца в дела семьи»: наибольшую невключенность проявляют отцы с излишней эмоциональной дистанцией (БзМж, 6,97; α≤0,005); меньшую безучастность проявляют отцы с оптимальным эмоциональным контактом (6,76) и отцы с излишней концентрацией на ребенке (6,65);

б) по показателю «Самопожертвование в роли матери» (ОщСмпж, α≤0,008): большее самопожертвование своих жен отмечают отцы с излишней концентрацией на ребенке (17,3) и отцы с излишней эмоциональной дистанцией (17,27). Меньшее самопожертвование своих жен отмечают отцы с оптимальным эмоциональным отношением к своему ребенку (17,12);

в) доминирование своих жен в роли матери (ДмМт, α≤0,010) в большей степени отмечают отцы с излишней концентрацией на ребенке (96,85) и отцы с оптимальным эмоциональным контактом (96,74); в меньшей степени доминирование своих жен в роли матери отмечают отцы с излишней эмоциональной дистанцией (96,53);

г) по показателю «Семейные конфликты» (СмКнф, α≤0,021): чаще всего семейные конфликты характерны для семей, где отцы излишне сконцентрированы на ребенке (9,8) и где отцы проявляют оптимальный эмоциональный контакт (9,82). Меньше всего о своем участии в семейных конфликтах заявляют отцы с излишней эмоциональной дистанцией, то есть ушедшие из семьи и проживающие отдельно.

Несмотря на то, что по остальным четырем проявлениям отношения к семейной роли значимых различий не выявлено, можно утверждать, что:

а) мужчины всех групп примерно одинаково проявляют и переживают такую форму своего отношения к семейной роли жен, как «Неудовлетворенность ролью хозяйки дома»;

б) ограниченность интересов своих жен рамками семьи и заботой о своей семье одинаково подчеркивают отцы с излишней концентрацией на ребенке (11,15) и отцы с оптимальным эмоциональным контактом (11,18). Тогда как отцы с излишней эмоциональной дистанцией (состоящие в разводе и проживающие

отдельно от своих детей) более ярко выделяют данную форму отношения своих бывших жен к своей семейной роли (11,27);

в) более яркое подчеркивание своего сверхавторитета в семье характерно для отцов с оптимальным эмоциональным контактом (15,8) и отцов с излишней эмоциональной дистанцией (15,63). Тогда как отцы с излишней концентрацией на ребенке менее склонны подчеркивать свой сверхавторитет в семье (15,55);

г) зависимость и несамостоятельность матери примерно одинаково высоко отмечают отцы всех трех групп.

Количественно-качественный сравнительный анализ результатов между выборками отцов и матерей по параметру «Отношение к семейной роли» (опросник PARI) представлен рис. 2.

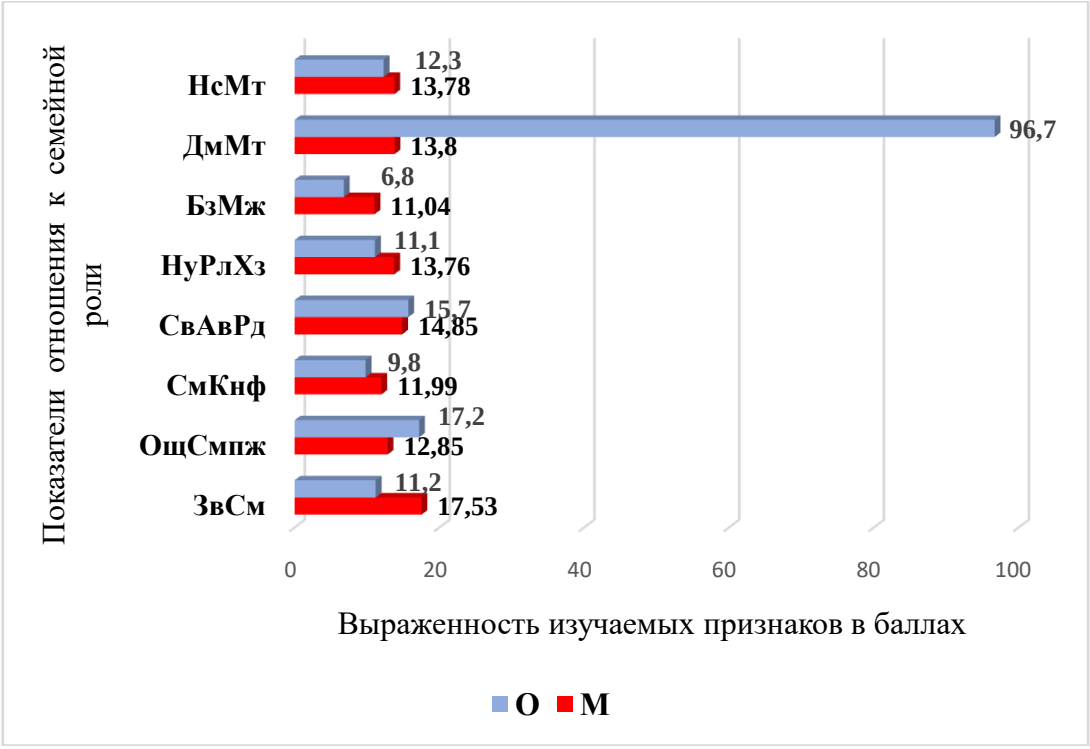

Рис. 2. Результаты исследования отношения к семейной роли в общих выборках отцов и матерей по опроснику PARI (шкалы 1—8)

В гистограмме использованы следующие аббревиатуры шкал опросника PARI, описывающие отношение родителей (отцов и матерей) к семейным ролям (справа от столбцов гистограммы указаны средние значения изучаемых параметров в баллах):

- ЗвСм — ограниченность интересов женщины рамками семьи, заботами исключительно о семье;
- ОщСмпж — ощущение самопожертвования в роли матери;
- СмКнф — семейные конфликты;

— СвАвРд — сверхавторитет родителей;
— НуРлХз — неудовлетворенность ролью хозяйки дома;
— БзМж — «безучастность» мужа, его невключенность в дела семьи;
— ДмМт — доминирование матери;
— НсМт — зависимость и несамостоятельность матери.

Сравнительный анализ отношения респондентов (отцов и матерей) к своим семейным ролям с помощью *U*-критерия различия Манна-Уитни выявил значимые различия ($\alpha \leq 0{,}000$) по всем 8 параметрам.

Результаты, представленные на рис. 2, позволяют сделать ряд умозаключений:

1) наиболее ярко в рамках отношения к семейной роли матери, по сравнению с отцами, демонстрируют свое доминирование, которое может выражаться в проявлении большей заботы о своем ребенке, в уделении ему большего количества времени;

2) по сравнению с отцами, у матерей ярче выражены такие формы проявления отношения к семейной роли, как «Ощущение самопожертвования» и «Сверхавторитет родителя», соответственно;

3) Отцы, по сравнению с матерями, чаще проявляют «свою безучастность» и невключенность в дела семьи, В большей степени, по сравнению с матерями, отмечают ограниченность интересов женщины рамками семьи, заботами о своей семье, отмечают большую зависимость и несамостоятельность матери, чем сами матери, когда оценивают себя;

4) отцам больше, чем матерям свойственно становиться инициаторами семейных конфликтов и проявлять неудовлетворенность ролью хозяйки дома, нежели сами матери оценивают себя.

Количественно-качественный сравнительный анализ результатов между выборками отцов и матерей по параметру «Родительское отношение» (опросник В.В. Столина, А.Я. Варга) представлен на рис. 3.

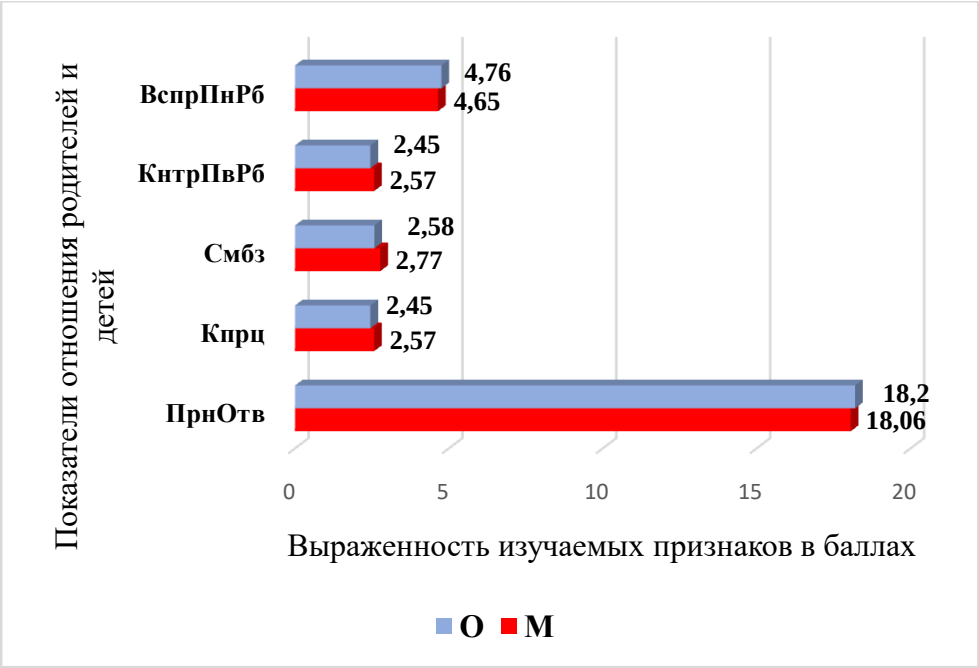

Рис. 3. Результаты исследования отношения родителей и детей в общих выборках отцов и матерей по опроснику В.В. Столина, А.Я. Варга

В гистограмме использованы следующие аббревиатуры шкал (справа от столбцов гистограммы указаны средние значения изучаемых параметров в баллах):

- ПрнОтв — принятие/отвержение; шкала отражает интегральное эмоциональное отношение к ребенку;
- Кпрц — кооперация; шкала отражает социально желательный образ родительского отношения;
- Смбз — симбиоз; шкала отражает межличностную дистанцию в общении с ребенком;
- КнтрПвРб — авторитарная гиперсоциализация; шкала отражает форму и направление контроля за поведением ребенка;
- ВспрПнРб — маленький неудачник; шкала отражает особенности восприятия и понимания ребенка родителем.

Сравнительный анализ родительского отношения респондентов (отцов и матерей) к детям с помощью U-критерия различия Манна-Уитни не выявил значимых различий ($\alpha \leq 0{,}000$) по всем 5 параметрам.

Результаты, представленные на рис. 3, позволяют сделать ряд следующих умозаключений:

1) у обоих родителей адекватно выражено принятие своего ребенка, имеющего диагноз «СД-1». Вместе с тем, у отцов более

выражена тенденция в сторону непринятия (18,2) болезни ребенка, чем у матерей (18,06). Эту тенденцию можно объяснить тем, что у отцов более выражена тенденция к проявлению природного феномена «условной любви к ребенку», тогда как для матерей свойственно проявлять безусловную любовь к своему ребенку, не смотря ни на какое заболевание;

2) как отмечалось ранее, у обоих родителей адекватно выражено принятие своего ребенка, имеющего диагноз «СД-1». Вместе с тем, у отцов, наряду с тенденцией к непринятию «образа больного ребенка» (о чем говорилось в п. 1), отмечается наличие и такой тенденции, как недостаточно прочная уверенность в силах и способностях своего ребенка (4,76), что свойственно, пусть и в меньшей степени, и для матерей (4,65);

3) достаточно низкие баллы по шкале «Симбиоз» являются признаком того, что и отцы (2,58), и матери (2,77) зачастую устанавливают незримые психологические барьеры между собой и ребенком, недостаточно полно проявляют заботу о нем. При этом следует отметить, что данная тенденция чуть больше выражена у матерей, по всей видимости, из-за того, что они больше времени проводят со своими детьми;

4) недостаточно высокие показатели оба родителя детей с СД-1 демонстрируют и в отношении искреннего интереса к своему ребенку, адекватного контроля за ним (отцы, 2,45; матери 2,57). Это может быть обусловлено зацикливанием родителей на своего рода собственных переживаниях, внутренних конфликтах, порождаемых осознаванием «инаковости» своего ребенка.

аким образом, на основании анализа результатов проведенного нами эмпирического исследования, можно утверждать, что такой личностный конструкт, как «отношение родителей к своей семейной роли» выступает основной детерминантой характера эмоционального отношения к ребенку с диагнозом «Сахарный диабет 1 типа», что соотносится с психосоматической природой диабета.

Позиция, предлагаемая специалистами Национального медицинского исследовательского центра эндокринологии "ЭНЦ", близка автору в понимании проблематики исследования в том, что «сахарный диабет — это не болезнь, а образ жизни. Важно научить

пациентов с сахарным диабетом «сотрудничать» с диабетом, а не «враждовать» с ним… чтобы вести полноценный образ жизни» [15].

Литература

1. Александров А.А. Современная психотерапия. Курс лекций. СПб., 1997. 380 с.

2. Бурбо Лиз. Таблица психосоматики. Электронный доступ: https://duhitelo.ru/liz-burbo-psixosomatika-zabolevanij/#12

3. Жикаренцев В. Таблица болезней. Электронный доступ: https://psycop.ru/psixosomatika/tablica-boleznej-zhikarencev.html

4. Жильбер Рено Исцеление воспоминанием: авторская методика разрешения внутренних конфликтов и лечения болезней. Москва: Эксмо, 2017. 379 с.

5. Информационные бюллетени ВОЗ. Электронный доступ: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

6. История развития кинезиологии. Электронный доступ: https://www.psychotherapevticheskaya-kinesiologia.ru/history.html

7. Карвасарский Б.Д. Психотерапия: учебник для вузов. 2-е изд. СПб: Питер, 2002. 540 с.

8. Костарнова Н. Диабет пошел на мировой рекорд // газета «Коммерсантъ» № 113 от 27.06.2023, с. 5. Электронный доступ: https://www.kommersant.ru/doc/6068812

9. Международная классификация болезней 11 пересмотра. Электронный доступ: https://icd11.ru/saharniy-diabet/

10. Назаров В.Н. Семья. Неврозы. Психотерапия. Электронный доступ: https://www.b17.ru/article/125657/

11. Причины сахарного диабета и механизмы его развития. Электронный доступ: https://meduniver.com/Medical/Physiology/2079.html

12. Халезова Н.Б., Исаева Е.Р., Киссин М.Я. Психотерапия в клинической практике. Санкт-Петербург: СПбГМУ, 2010. 250 с.

13. Сажнева Е. Последствием коронавируса оказался диабет Газета MKRU от 27.09.2021. Электронный доступ: https://www.mk.ru/social/2021/09/27/posledstviem-koronavirusa-okazalsya-diabet.html

14. Сахарный диабет 1 типа. Что необходимо знать. Руководство для детей и их родителей / Т.Л. Кураева [и др.]; под ред. И.И. Дедова, В.А. Петерковой. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 96 с.

15. Сахарный диабет. Психосоматика заболевания. ФГБОУ ВПО Ульяновский государственный университет. Электронный доступ: https://psycop.ru/psixosomatika/saxarnyj-diabet-psixosomatika-zabolevaniya.

16. Соловьева А. В. О проблеме психолого-педагогического сопровождения физкультурно-оздоровительных занятий младших школьников с диагнозом «сахарный диабет» / А. В. Соловьева // Актуальные вопросы психолого-педагогической кинезиологии, оздоровительной и адаптивной физической культуры: сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции, Ростов-на-Дону, 23–25 июня 2022 года. Ростов-на-Дону: Южный федеральный университет, 2022. С. 25-30.

17. Статистика сахарного диабета. Электронный доступ: https://rusind.ru/statistika-saxarnogo-diabeta.html

18. Таблица болезней. Электронный доступ: https://motivation.arser.kz/wp-content/uploads/2023/02/таблица-болезней-1.pdf

19. Сахарный диабет. Клиника, диагностика, тактика ведения. Неотложные состояния: Учебно-методическое пособие / Сост. И.Р. Керова, С.А. Прибылова, М.П. Хохлов, Т.С. Голубцова, Г.И. Милюкова, Н.А. Манина. Ульяновск: ФГБОУ ВПО Ульяновский государственный университет, 2016. 155 с.

20. Цивилизационные аспекты понятия "счастье" в категориальном аппарате исследователя / С. А. Попова, А. В. Соловьева, В. А. Половцева [и др.] // Мировые цивилизации. 2022. Т. 7, № 1. С. 55-71.

21. Чобану И.К. Основы психотерапевтической кинезиологии: руководство. 3-е издание, исправленное и дополненное. Москва, 2014. 272 с.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЕРЕМЕННОСТИ

О. В. ХОДАКОВСКАЯ

Период беременности, внутриутробного развития ребенка является чрезвычайно важным, так как это не только этап наиболее интенсивного телесного и психического формирования нового человека, но и не менее активного личностного развития будущих родителей (в особенности, если идет речь о подготовке к рождению первого ребенка). С медицинской точки зрения, девять месяцев, проведенных в утробе матери, необходимы человеку для обретения возможности полноценного здорового существования после рождения. С психологической точки зрения, те же девять месяцев необходимы для формирования готовности родителей к построению гармоничных отношений с ребенком и его воспитанию.

Таким образом, два основных психолого–педагогических аспекта рассмотрения пренатального развития ребенка:

- психическое развитие ребенка до рождения и возможности его поддержки будущими родителями;
- формирование готовности к родительству.

ПРЕНАТАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО ПОДДЕРЖКИ

Результаты многочисленных исследований в области эмбриологии и перинатологии позволяют представить схему пренатального развития биологических основ, сенсомоторной, эмоциональной сферы психики ребенка [2; 9; 11; 15].

Развитие нервной системы. Уже на 3–4 неделе развития эмбриона образуются зачатки спинного и головного мозга. В примитивной форме начинает функционировать нервная система. Наблюдается активное развитие мозга. На 7–й неделе начинает формироваться мозжечок, закладываются основы управления движениями. Волновая активность мозга начинает устойчиво фиксироваться после 24 недели. Случаи сохранения жизни в специально организованных условиях детей, рожденных на сроках до

24 недель, демонстрируют, что в этот период мозг уже созрел до минимального уровня, обеспечивающего возможность выживания. На протяжении седьмого месяца процессы дыхания и глотания уже могут управляться нервной системой. Наблюдается быстрый рост и развитие головного мозга, локализуются все сенсорные и моторные центры, активно начинают развиваться отделы мозга, взаимосвязанные с функционированием сознания и мышления. Сканирование мозга демонстрирует наличие периодов парадоксального сна, предположительно, в это время ребенку уже могут сниться сны.

Развитие зрения. Первые признаки развития глаза определяются уже на 22–й день после зачатия. На 6–й неделе появляются зачатки глаза, располагающиеся по бокам головы. В 7 недель в зачаточном состоянии уже сформированы все составные части глаза. В третьем месяце формируется радужная оболочка, определяющая цвет глаз, образуются проводящие нервные пути, связывающие глаз и головной мозг. В 4 месяца плод начинает мигать, совершать движения глазами под закрытыми веками. У шестимесячного плода полностью сформированы глазные яблоки, определяются ресницы и брови. Плод открывает глаза, поднимая веки, различает темноту и яркое освещение. В семь месяцев наблюдается реакция на свет, плод поворачивает голову, если свет слишком яркий. Ультразвуковое сканирование мозга подтверждает реакцию на свет. В восемь месяцев возникает способность к фокусированию взгляда.

Развитие слуха. Развитие ушей начинает определяться у семинедельного эмбриона: сначала формируются слуховые пузырьки, потом все составные части уха. На третьем месяце уже сформированы ушные раковины, после четырех месяцев плод начинает реагировать на звуки изменением двигательной активности. В пять месяцев — слышит не только биение сердца матери, но и голоса, музыку и другие громкие звуки внешнего мира, различает голос матери. В восемь месяцев определяется дифференцированный ответ на различные звуки.

Кожная и болевая чувствительность. На 4–5 неделе у эмбриона четко видны зачатки рук, ног. У двухмесячного эмбриона отмечается тактильная чувствительность. Реакция на прикосновение к подошвам ног, на давление и боль проявляется в отстранении от их источника.

На третьем месяце большие пальцы на руках и ногах отличаются от остальных. В течение шестого месяца у плода активно развиваются органы осязания. Плод исследует свое тело, трогает руками ноги, лицо. На седьмом месяце наблюдается активная реакция на боль.

Вкусовая чувствительность и обоняние. На протяжении третьего месяца пренатального развития закладывается орган вкусовых ощущений — вкусовые почки на языке. После 3–х месяцев развития плод начинает заглатывать небольшое количество околоплодных вод. Полностью формируются вкусовые рецепторы на языке на 6 месяце внутриутробной жизни. Плод активнее заглатывает околоплодную жидкость сладкого вкуса, интенсивность глотания снижается, если присутствуют горький вкус. Органы обоняния относят к самым поздним по времени развития — формирование рецепторов обоняния завершается к концу пренатального периода.

Моторные способности. На втором–третьем месяце пренатального развития эмбрион открывает рот, глотает, двигает пальцами, соединяет ножки. В 14 недель определяются движения тела. На четвертом месяце внутриутробной жизни плод может двигать глазами, морщиться, зевать, «гримасничать», двигать шеей, сосать пальчик, совершать хватательные движения, сгибать ручки в локтях. На пятом месяце определяются активные движения, перевороты плода, однояйцевые близнецы могут держаться за руки. Около семи месяцев развития плод начинает совершать произвольные движения, направленные на занятие более удобного положения в утробе матери – брыкания, повороты тела и т. д. В это же время (в 26–28 недель) у плода наблюдается мимическое выражение фундаментальных эмоций (радости, страха, удивления, гнева) [2; 9; 11, 15].

В последние десятилетия психологи и педагоги в сотрудничестве с врачами активно изучают психические возможности, которыми обладает человек, существуя и развиваясь во внутриутробном мире, а также возможности «пренатального воспитания». Однако, несмотря на внушительные итоги исследований, вопросов и загадок остается несоизмеримо больше, чем познанного.

Весь период девятимесячного пренатального развития в акушерстве принято разделять на три триместра. В первом триместре, как подчеркивает Г. Г. Филиппова, у ребенка еще не сформировалась

структура нейрогуморальной регуляции, поэтому эмоциональные состояния матери могут действовать только на ее собственный организм, но не на организм ребенка. При сильных стрессах или тревоге в этот период могут создаваться неблагоприятные условия для внутренних органов матери, в том числе матки, которые могут приводить к нарушениям пренатального развития ребенка, выкидышам [15].

По данным некоторых исследователей, во втором и третьем триместре ребенок может под воздействием гормонов матери воспринимать ее эмоциональное состояние [1; 2]. Стрессы, продолжительная тревога, депрессии во втором и третьем триместре вызывают гормональные изменения в крови матери, которые напрямую могут воздействовать на гипоталамус плода и оказывать неблагоприятное воздействие на состояние его нервной системы, эмоциональное развитие. И. В. Добряков, Г. Г. Филиппова и А. Бертин высказывают схожие идеи о том, что эмоциональная лабильность матери во время беременности, позитивный эмоциональный фон, связанный с принятием беременности, оберегают ребенка от эмоциональных «ударов», которые он может получить в случае стрессов, испытываемых матерью во второй половине беременности [1; 5; 15]. С психоаналитических позиций эмоциональное состояние матери, ее отношение к ребенку, отражается на характере его раннего субъективного опыта. Период пренатального развития может быть для личности «внутриутробным раем», или стать источником ранних психоэмоциональных травм, дающих начало формированию личностных конфликтов.

Первый триместр чрезвычайно важен для формирования всех органов и структур организма ребенка. В это время сенсорные системы ребенка активно развиваются, но его размер еще слишком мал, и мать не ощущает его движений. Во втором и третьем триместре пренатального развития ребенок воспринимает разнообразную сенсорную стимуляцию, исходящую, в основном, от матери и, в меньшей степени, из окружающего мира. После начала ощущения шевелений плода мать уже может начинать попытки с ним «взаимодействовать». Поэтому в существующих в настоящий момент программах «пренатального воспитания», ведущее место отводится поощрению материнского стимулирования внутриутробного развития сенсорики ребенка. По мнению, Г. Г. Филипповой, внутриутробное

предпочтение ребенком высокочастотных звуков, защищает его от гиперстимуляции и может создавать преддиспозицию для восприятия материнской речи после рождения. А. Бертин описывает исследования, демонстрирующие предпочтение ребенком структурированной музыки (классическая, мелодичная песенная музыка). Данные результаты легли в основу рекомендаций по стимулированию звуковой чувствительности плода.

Ф. Вельдман разработал «метод гаптономии»: будущие родители отвечают на шевеление плода легким прикосновением к животу матери с одновременным громким произнесением или пропеванием коротких фраз. Через некоторое время ребенок начинает реагировать на знакомые стимулы, движением, направленным непосредственно в родительскую ладонь. Таким образом, постепенно устанавливается «диалог» с ребенком еще до его рождения [1]. Исследования Г. Г. Филипповой демонстрируют, что в третьем триместре возможно обучить ребенка с помощью «метода гаптономии» отвечать на прикосновения к животу, пропевание определенной музыкальной фразы в течение 4–6 недель [15]. Этот и подобные методы активно используются в «Пренатальном университете» основанном Р. В. Карром. Разработанная им программа направлена на комплексное стимулирование внутриутробного развития мозга ребенка. По результатам исследований основателя «Пренатального университета» дети, начавшие свое обучение в материнской утробе, после рождения быстро опережают своих сверстников в сенсомоторном, эмоциональном и социальном развитии [9]. Схожие результаты были получены в отечественной практике при применении метода музыкальной стимуляции плода «Сонатал», разработанного М. М. Лазаревым [13].

Однако, как отмечают, многие специалисты по семейной психологии [9; 13], в настоящее время нельзя однозначно сказать, что «пренатальное воспитание» непосредственно влияет на улучшение интеллектуального, эмоционального развития ребенка. Возможно, мы наблюдает эффект опосредованного влияния: подобные занятия помогают будущим родителям психологически подготовиться к воспитанию и развитию ожидаемого ребенка после его рождения.

ПСИХОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ К МАТЕРИНСТВУ

Весь период беременности по психологическому содержанию переживаний будущей матери можно разделить на 3 этапа: 1 этап — принятие решения о сохранении беременности (до 12–14 недель беременности); 2 этап связан с началом ощущения женщиной шевеление плода (14–28 недель); 3 этап (28–40 недель), определяется наибольшими изменениями в физическом облике женщины и является подготовительным к родам [7].

Первый этап — чрезвычайно важный и часто сложный для женщины. При желанной, планируемой беременности женщина может испытывать озабоченность, связанную с осознанием появлении новой ответственности при общем положительном отношении к зарождающейся жизни, эмоциональном принятии факта беременности [15]. Осознание факта беременности связано с началом мотивационных перестроек. Происходит усиление мотива, связанного с материнством, нередко сопровождаемое возникновением мотивационного конфликта [7].

Принятие решения об отказе от беременности может иметь отсроченные психологические последствия. Результаты лонгитюдного исследования новозеландского врача Д. Фергюссон демонстрируют, что уровень тяжелых форм депрессии среди женщин, сделавших аборт до 25 лет на 35% выше, по сравнению с теми, кто выносил ребенка. Близкие соотношения определены по вероятности возникновения неврозов. У женщин, сделавших хотя бы один аборт, в два раза выше вероятность злоупотребления алкоголем, в три раза — медикаментами при сравнении с женщинами, не прерывавшими беременность [16].

Второй этап беременности (14–28 недель беременности) при оптимальном варианте ее переживания, характеризуется снижением тревоги. Доминирующие переживания на втором этапе, по исследованиям Копыл О. А., Баженова О. В., Баз Л. Л., взаимосвязаны с ощущением женщиной начала движения плода. Как пишут исследователи: «С этого времени реальность ребенка становится очевидной для женщины, тогда же происходит разделение представления о ее «физическом Я» на «Я» и «Ребенок», и

появляется первая возможность ее реального, а не только воображаемого взаимодействия с ребенком» [7].

При этих новых взаимоотношениях «ребенок становится как бы инициатором контакта, который женщина подхватывает и поддерживает, «вслушиваясь» в ребенка». Ребенок, начинает ощущаться, как самостоятельное существо, одновременно оставаясь частью матери. Благодаря новому опыту ощущений образ ребенка «наполняется качественно особым чувственно—смысловым содержанием, которое можно характеризовать как «со единство», «сроднение» [3]. Брутман В. И. и Радионова М. С. видят в новом телесном опыте один из источников формирования материнского чувства привязанности к ребенку.

Третий этап (28 недель — до родов) связан с усилением активности матери, направленной на подготовку к родам и появлению ребенка в доме. Содержание активности на третьем этапе беременности соотносится с динамикой течения беременности и ценностью ребенка. Активность, направленная на подготовку к родам и послеродовому периоду соотносится с ценностью ребенка и благоприятной динамикой протекания всей беременности. Активность, не связанная с ребенком, соотносится с пониженной ценностью ребенка и с неблагоприятной динамикой течения беременности [7; 15].

На протяжении всего периода ожидания ребенка у будущей матери складывается преобладающий стиль переживания беременности. Г. Г. Филипповой описаны следующие стили:

1. *Адекватный.* Факт наступления беременности принимается женщиной без сильных или продолжительных негативных эмоций. Телесные ощущения не похожи на состояние до беременности, хорошо выражены, средние по интенсивности. Первое шевеление ребенка начинает ощущаться вовремя – на сроке 16–20 недель беременности. Переживание шевеления описывается, как приятное, сопровождается положительными эмоциями. В последующем движения плода четко отличаются матерью от других ощущений. Активность в последний период беременности направлена на подготовку к рождению ребенка и уходу за ним.

2. *Тревожный.* Факт наступления беременности переживается женщиной тревожно, с беспокойством и страхом. Телесные ощущения, связанные с беременностью, имеют характер

болезненного состояния. Тревожное или депрессивное состояние сопровождает весь период беременности, усиливается в третьем триместре. Впервые шевеление ощущается раньше обычного срока. Последующие шевеления сопровождаются тревогой за собственное здоровье и здоровье ребенка. Активность в последнем периоде беременности связана с поиском патронажа, медицинской помощи.

3. *Эйфорический.* Переживания, связанные с беременностью, носят эйфорический характер. При этом диагностируется неосознанное ожидание неблагополучного периода после рождения ребенка.

4. *Игнорирующий.* Беременность идентифицируется поздно. Не наблюдается изменений эмоционального состояния, переживания физиологических перемен. Шевеление впервые ощущается поздно, описывается их физиологическая сторона. Активность в третьем триместре повышается, но не связана с подготовкой к рождению ребенка.

5. *Амбивалентный.* Стиль переживания схож с тревожным. Отличительная особенность заключается в противоречивости физических ощущений, эмоциональных реакций на шевеление ребенка. Отрицательная окраска переживаний объясняется женщиной обычно, как страх родов, тревога за ребенка, влияние неблагоприятных внешних обстоятельств.

6. *Отвергающий.* Негативные эмоции сопровождают идентификацию беременности. Симптомы беременности ярко выражены, отрицательно переживаются. Шевеление ребенка связано с неприятными физиологическими ощущениями. В конце беременности могут возникать депрессивные, аффективные состояния [15].

Результаты исследования Г. Г. Филипповой демонстрируют, что стили переживания беременности четко соотносятся с отношением к ребенку, которое формируется у матери: с его желанностью, ценностью. Адекватный стиль свидетельствует о желанности, адекватной ценности ребенка. Амбивалентный и тревожный стили чаще соответствуют либо пониженной, либо повышенной ценности ребенка. Игнорирующий и отвергающий стили соотносятся с низкой ценностью ребенка, не занимающей ведущего места в иерархии ценностей. Эйфорический стиль может быть отражением незрелости личности, отсутствия глубокого осознания происходящих перемен и

неготовности к принятию роли матери. Исследования взаимодействия матерей с дошкольниками, показывают, что стиль переживания беременности соотносится с типом материнского отношения к ребенку после рождения и с уровнем эмоционального благополучия ребенка [15].

И. А. Аршавским была предложена концепция гестационной доминанты, т. е. направленности реакций организма женщины на создание оптимальных условий для внутриутробного развития ребенка. И.В. Добряков также выделяет 5 типов психологического компонента гестационной доминанты: оптимальный, тревожный, эйфорический, гипогестогнозический (игнорирующий) и депрессивный [5].

Оптимальным итогом развития личности женщины в период беременности О. А. Копыл, О. В. Баженова и Л. Л. Баз предлагают считать *готовность к материнству* — «особое психологическое состояние матери, которое удовлетворяет важнейшие психологические потребности младенца в безопасности, поддерживании интереса к внешнему миру и любви» [7].

В качестве основных направлений формирования психологической готовности к материнству выделяются следующие изменения мотивационной сферы, сознания и самосознания женщины:

На протяжении беременности у будущей матери происходит перестройка иерархии мотивов личности: усиливается и приобретает ведущее место мотив, связанный с материнством. Оптимальный вариант подобной перестройки имеет безболезненный характер и связан с успешным разрешением слабовыраженного мотивационного конфликта.

Также на протяжении беременности отмечаются изменения в сферах сознания и самосознания, затрагивающие образы будущего ребенка, материнства и реальной домашней ситуации:

— образ будущего ребенка к концу беременности приобретает младенческие черты, и, одновременно, становится обобщенным, аморфным; таким образом, расширяется диапазон возможности принятия «любого» новорожденного ребенка: по характеру, полу, внешности;

— к концу беременности усиливается эмоциональная насыщенность образа материнства;

— образ реальной домашней ситуации также становится эмоционально насыщенным к концу беременности, женщины начинают ясно и конкретно представлять домашнюю ситуацию, ожидающую их после рождения ребенка.

К концу беременности заметными становятся изменения в поведении женщины:

— Будущие матери становятся более сензитивными: внимательными, чувствительными относительно движений и потребностей плода. Стремятся создать для него комфортные условия, разговаривать, взаимодействовать с ним.

— Отмеченные изменения в мотивационной сфере, самосознании и сознании влияют на начало активной подготовительной деятельности к появлению ребенка дома.

— Женщины начинают искать информацию, необходимую для подготовки к рождению ребенка и уходу за ним.

В концепции С. Ю. Мещеряковой стержневой образующей *психологической готовности к материнству* является субъект–субъектная ориентация по отношению к еще не родившемуся ребенку. Основными составляющими структуры психологической готовности к материнству являются:

– особенности коммуникативного опыта, полученного в детстве;

– переживания женщиной беременности, включающие отношение к ожидаемому ребенку;

– ориентацию на стратегию воспитания ребенка после рождения, приемы ухода за ним.

Результаты исследования демонстрируют, что женщины готовые и не готовые к материнству обладают разными представлениями о материнстве. Психологически готовые к материнству женщины обладают образом матери отзывчивой, принимающей, которая осознает самостоятельную ценность ребенка и способствует его развитию. После рождения ребенка женщины строят взаимодействие с ним в соответствии со своим представлениями о материнстве. Уровень психологической готовности к материнству напрямую соотносится с уровнем эмоционального и социального развития их детей в трехмесячном возрасте (с уровнем инициативности, интересом к общению, умением развивать коммуникативную ситуацию и т. п.) [12].

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ К МАТЕРИНСТВУ

Начиная с 1950–х годов, в нашей стране получила свое развитие система дородовой подготовки. Однако, до конца 1980–х годов подготовка к родам носила только медицинский характер. Нередко результатом подобного построения общения женщины с врачом были боязнь родов, потеря доверия к собственной интуиции, передача всей полноты ответственности медицине. В конце прошлого века в России начинается «альтернативный» период дородовой подготовки [13]. Получают широкое распространение накопленные врачами и психологами знания о пренатальном развитии ребенка, о формировании психологической готовности к материнству. Возникает и постоянно возрастает количество центров, клубов, школ для будущих родителей. При позитивном значении подобных перемен, как отмечает И. В. Добряков, существует несколько недостатков современных отечественных систем дородовой подготовки. Для повышения эффективности работы с семьями, ожидающими ребенка, важным являются предъявление высоких требований к квалификации преподавателей [5].

Подготовка женщин к материнству требует **дифференцированного подхода**, учета уровня образования (в частности, в области знаний о беременности, родах), особенностей личности женщины, отношения к беременности, семейного положения, состояние здоровья.

В зависимости от стиля переживания беременности возможны различные подходы и программы проведения дородовой подготовки. Так, различные подходы требуются для работы с женщинами с адекватным, эйфорическим, тревожным или отвергающим стилем переживания беременности [5].

Необходимо учитывать результаты исследований, которые определяют взаимосвязь формирования психологической готовности к материнству, стиля переживания беременности, типа психологического компонента гестационной доминанты с личностными и возрастными особенностями, а также с социальным статусом будущей матери.

Василенко Т. Д. и Дремина Т. Ф. определили, что ценностно–смысловые, эмоциональные и поведенческие компонентами

переживания беременности взаимосвязаны с локусом субъективного контроля, рефлексивностью, эгоцентризмом женщины [4].

Корниенко Д. С., Радостева А. Г. доказывают, что доброжелательность, открытость опыту выступают личностными предикторами оптимального типа психологического компонента гестационной доминанты, а нейротизм — депрессивного [8].

Кольчик Е. Ю., Демина В. В. подчеркивают роль семьи и социального статуса в формировании психологической готовности к материнству. В результате эмпирического исследования ими было выявлено, что женщины, состоящие в официальном браке, характеризуются положительным эмоциональным отношением к беременности и ребенку. Они демонстрируют умеренную эмоциональность и низкое отрицательное влияние эмоций, характеризуются принятием будущего ребенка и низким уровнем тревожности и неуверенности по отношению к будущему ребенку. Женщины, состоящие в гражданском браке, характеризуются чуть более выраженной тревогой и неуверенностью, а также интенсивностью переживаемых эмоций. Будущие матери–одиночки характеризуются нестабильностью эмоционального отношения к будущему ребенку с преобладанием высокой тревожности, конфликтности, высокой эмоциональностью выраженным отрицательным влиянием эмоций. Основной причиной такого состояния является неуверенность в своих силах и отсутствие поддержки [6].

Интересными представляются результаты исследований, которые продемонстрировали независимость психологической компоненты гестационной доминанты, формирования психологической готовности к материнству от возраста женщины [8; 14].

Дородовая подготовка, как отмечает И.В. Добряков, требует не только дифференциированного, но и **комплексного подхода**. Для адаптации беременных женщин к новому состоянию и статусу на биологическом, психологическом и социальном уровне, по мнению исследователя необходимо объединить усилия педагогов, являющихся специалистами разного профиля: психологов, акушеров–гинекологов, педиатров–неонатологов.

М. Е. Ланцбург, поддерживая идею о необходимости комплексного подхода, проводит сравнение, того, как

взаимодополняют друг друга медицинская и психологическая помощь семье в период ожидания ребенка и в первый год после его рождения:

Сравнительная таблица характеристик медицинской и психологической помощи семье в период ожидания ребенка и первого года его жизни [10]:

Сравниваемые характеристики	Медицинская помощь	Психологическая помощь
Объект помощи	Мать, ребенок	Семья в целом
Цель просветительской работы	Повышение родительской компетентности в вопросах укрепления здоровья	Повышение родительской компетентности в вопросах воспитания и обучения ребенка и гармонизации семейных отношений
Цель профилактической работы	Профилактика соматической заболеваемости	Профилактика психической заболеваемости и девиантного поведения
Предмет диагностики и терапии (коррекции)	Соматическое развитие и здоровье	Психическое и социальное развитие и здоровье

Основные задачи психологической помощи семье, ожидающей ребенка:

- Развитие ответственности родителей.
- Приобретение навыков оказания психологической поддержки в семье, построения новых отношений семьи с социальным окружением.
- Повышение родительской компетентности в психолого–педагогических проблемах: приобретение знаний о пренатальном развитии, рождении ребенка, уходе за новорожденным, воспитании и обучении в раннего возрасте.
- Формирование навыков, овладение техниками саморегуляции.

Психологическая помощь будущим родителям, согласно системе М. Е. Ланцбург, выстроена, как многоуровневая работа:

Личностный уровень включает в себя работу с установками, смыслами, ценностными и мотивационными образованиями.

Эмоциональный уровень связан с поддержкой и развитием открытого выражения чувств, обучением активному, эмпатийному слушанию.

Когнитивный уровень включает передачу знаний.

Операциональный уровень отражает работу, направленную на формирование умений и навыков, необходимых во время родов и в процессе ухода за ребенком.

Психофизический уровень определяет обучение приемам саморегуляции функциональных и психических состояний, с использование средств аутогенной тренировки, арттерапии, телесноориентированной терапии [10].

Литература

1. Бертин А. Воспитание в утробе матери или рассказ об упущенных возможностях. М., 1992.

2. Брусиловский А.И. Жизнь до рождения. М.,1991.

3. Брутман В.И., Радионова М. С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопросы психологии, 1997, № 6, с. 38—47.

4. Василенко Т.Д., Дремина Т.Ф. Анализ взаимосвязей индивидуально-психологических особенностей беременных женщин и показателей психологической адаптации к беременности // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология», 2020, Т. 11, № 1, С. 57—65.

5. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб, 2010.

6. Кольчик Е. Ю., Демина В. В. Эмоциональный компонент готовности к материнству женщин с различным социальным статусом // Проблемы современного педагогического образования. 2020. № 68–2, С. 422—425.

7. Копыл О.А., Баженова О.В., Баз Л.Л. Выделение факторов и условий психологического риска для будущего развития ребенка // Синапс, 1993, № 4, С.35—42.

8. Корниенко Д.С., Радостева А.Г. Личностные черты как предикторы типа психологической компоненты гестационной доминанты в связи с опытом материнства // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2018. Вып. 3. С. 393—405.

9. Крайг Г., Бокум Д. Психология развития. СПб, 2024.

10. Ланцбург М.Е. Психологическая служба поддержки беременных женщин и молодых родителей // Психологическая наука и образование. 2004. Том 9. № 3. С. 88—97.

11. Мать и дитя / Под науч. рук. В.С. Корсака. СПб., 2004.

12. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии, 2000, № 5, С. 18—27.

13. Овчарова Р.В. Психологическое сопровождение родительства. М., 2003.

14. Рыбакова А.И. Особенности психологической готовности женщин к материнству // Ученые записки Российского государственного социального университета. Т. 15 № 1, 2016, С. 38—47.

15. Филиппова Г.Г. Психология материнства. Учебное пособие. М., 2002.

16. Fergusson D.M., Horwood L.J., Ridder E.M. Abortion in young women and subsequent mental health. Journal of child psychology and psychiatry. 2006; 47 (1), p. 16—24.

ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПРАКТИКЕ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА: ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПОДХОДЫ

О. И. КАЯШЕВА

Онкология является одним из распространенных психосоматических заболеваний и приводит к сложным социально-психологическим последствиям для человека. В данной части учебного пособия предложен обзор отечественных и зарубежных публикаций по проблеме онкологических заболеваний и даны рекомендации по оказанию психологической помощи больным.

Онкология в настоящее время представляет достаточно сложную группу заболеваний, включающих рак (новообразования из эпителиальных тканей; чаще диагностируется после 40-50 лет) и саркому (развивается из соединительных тканей - костной, хрящевой, мышечной, жировой; глиосаркома развивается из тканей головного мозга; более характерна для лиц молодого возраста до 35 лет). До XIX в. в связи с достаточно слабо развитой диагностикой, относительно низкой продолжительностью жизнью (до начала XX в. средняя продолжительность жизни в странах Европы составляла до 30-40 лет), более благоприятной экологической средой онкологические заболевания считались редкими. С XX в. отмечается общий рост онкологических заболеваний в мире, к 2022 г., согласно данным ВОЗ, было зарегистрировано 20 млн. новых случаев заболевания раком и 9,7 млн. смертей, число людей, оставшихся в живых в течение пяти лет после постановки диагноза, составляло 53,5 млн. человек. К 2050 г. прогнозируется рост онкологических заболеваний на 70% [1]. Среди онкобольных в возрасте от 15 до 19 лет в 82% случаев приходится на опухоли центральной нервной системы, лимфому Ходжкина и неходжкинская лимфому, лейкемию, меланому кожи, рак яичек, среди людей в возрасте от 45 до 49 лет 81% случаев рака приходится на эпителиальный рак (опухоли шейки матки, молочной железы, щитовидной железы, яичников) [40].

С 2019 г. в России стал реализовываться проект «Борьба с онкологическими заболеваниями», на который было направлено более 1 трлн. рублей. К 2023г. число жителей России с онкологией составляет около 4 млн. [14]. Ситуация с онкологическими заболеваниями осложнилась в период пандемии 2020 г., когда многие больные не могли проходить своевременные диагностику и лечение в клиниках. Проводившаяся вакцинация в мире от COVID-19 в зависимости от ее типа часто приводила к летальным последствиям у людей, страдающим различными заболеваниями (онкология, сахарный диабет, болезнь Паркинсона [38], заболевания почек и др.), вызывала синдром внезапной сердечной смерти (в том числе, у подростков) [24], увеличивала риски развития тромбофлебита [31], тяжелых форм агрессивных видов рака и аутоиммунных заболеваний среди вакцинированных групп населения [41; 44]. Безусловно, по этому вопросу продолжаются дискуссии в медицинском сообществе и требуются дополнительные исследования влияния вакцинации на развитие онкологических заболеваний и на людей уже страдающих данными заболеваниями. На 2021 г. неблагоприятными регионами по злокачественным образованиям в России стали Алтай, Ямало-Ненецкий автономный округ, Республики Саха, Коми и Адыгея, Калужская, Свердловская и Ростовская области, Забайкальский край. Несмотря на рост онкологических заболеваний в России с 2016 по 2021 гг. снизилось число онкодиспансеров с 98 до 86 [25].

Общая ситуация в мире по онкологическим заболеваниям на 2023-2024 гг. неблагоприятная, отмечается, что «рак молодеет». Наиболее распространен рак молочной железы, увеличилась частота случаев рака трахеи, простаты, легких, кишечника и желудка; повысилась смертность от опухолей в почках и яичниках [21].

Оказание помощи онкобольным ограничено в России системой квот, сложностями осуществления качественной диагностики и лечения в регионах. Размер фиксированной выплаты к страховой пенсии по инвалидности I группы (без иждивенцев) в России в 2024 г. составляет 16 269 руб. 76 коп. в месяц, единоразовая денежная выплата инвалидам I группы от государства - 5 324 руб. 84 коп. [19]. При этом стоимость онкологических исследований в московском регионе - от 2 000 р. за оказание одной услуги, определение мутаций генов, связанных с солидными опухолями, методом NGS: Multi-Cancer Panel (56 генов) (парафиновый блок) – 60 500руб. [2], МРТ частей тела

составляет от 2 000 руб., всего тела около 30 000руб. (на основе цен, предложенных московскими медицинскими клиниками в 2024 г.).

Онкологические заболевания негативно влияют на психическое состояние человека. Специалистам необходимо учитывать факторы обуславливающие развитие онкологий, включая личностные особенности человека. В том числе, этим вопросам будет посвящена следующая часть нашей работы.

Около 50% онкобольных имеют психические расстройства, у них снижается качество жизни и ухудшаются социальные отношения [34]. У больных есть риски развития аффективных расстройств [32]. Постановка диагноза и пребывание в самой болезни, как правило, приводят человека к сложному психологическому кризису. Принятие болезни связано с рядом этапов (отрицания и изоляции; гнева; торга; депрессии; смирения), которые согласно Э. Кюблер-Росс должны привести человека к адаптации. Надежда сопровождает человека на каждом из этапов [12]. Возможны патологии, связанные с фиксацией на одной из стадий, возникновение невротических проявлений, проявление других заболеваний психогенной природы (чаще сердечно-сосудистые заболевания как реакция на специфику лечения и дополнительные стрессовые факторы, сопряженные с изменениями в жизни при болезни), суицид и др. Тяжелая болезнь способна вызвать у человека развитие ПТСР [27; 43]. Диагностический этап, связанный с сообщением о болезни является достаточно сложным для больного. В дальнейшем дополнительная психологическая травматизация обусловлена с тяжелым лечением и калечащими операциями (с диагнозами рак молочной железы, желудочно-кишечного тракта и др.) и их сложными социальными и физиологическими последствиями [18]. Не всегда лечение успешно и следующий этап человека может предполагать встречу со смертью.

Оказание психологической помощи при онкологии осложняется болью, которую испытывает человек. Отмечается усиление боли у человека при дистрессе и снижении социальной поддержки. При усилении боли снижается общая социальная активность человека, усиливается тенденция к катастрофизации [45].

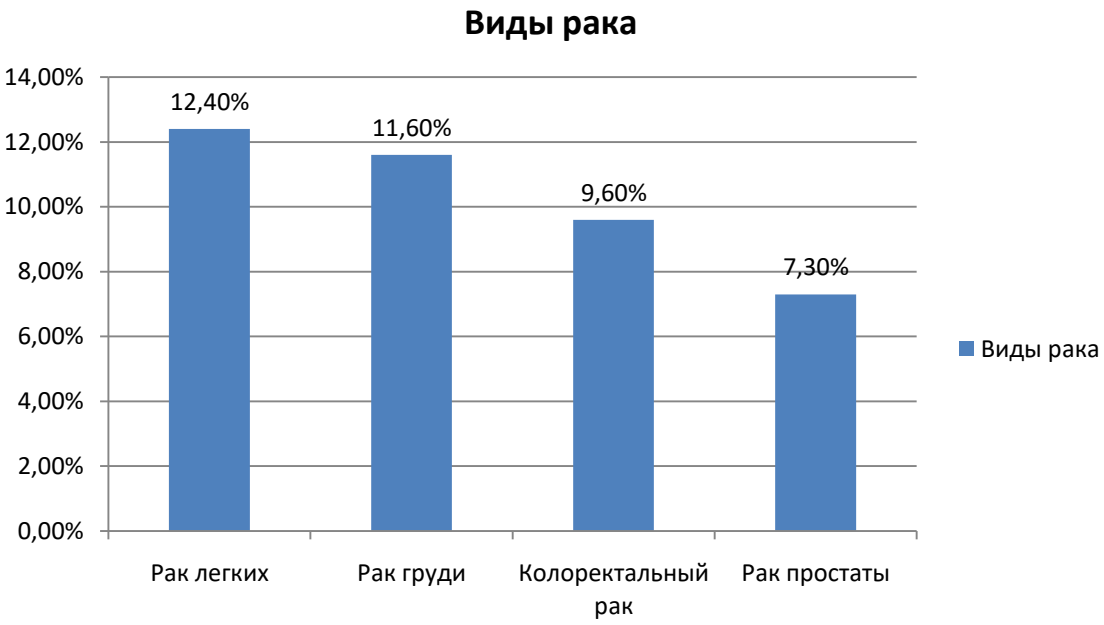

Рис.1. Распространенные виды рака в мире по данным ВОЗ на 2022 г. [1].

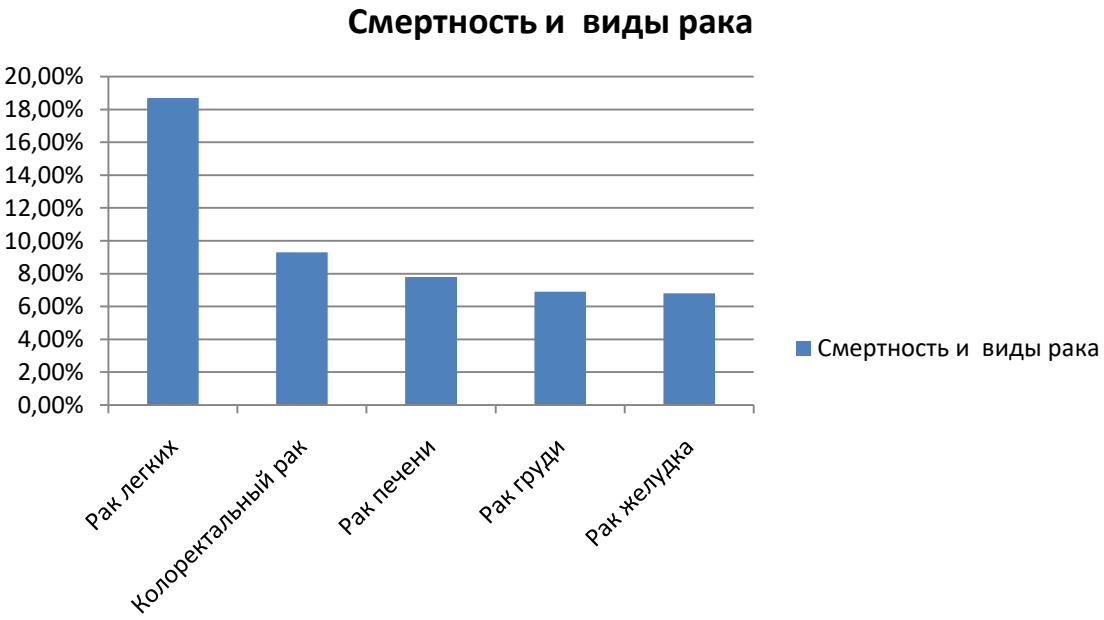

Рис.2. Смертность от различных видов рака в мире по данным ВОЗ на 2022 г.[1].

Рис.3. Виды смерти по А.А. Налчаджяну [16].

Смерть – это явление, характеризующееся неизбежностью и прекращением индивидуального существования и, как правило, не оставляющее человека равнодушным. Психологическая смерть, по всей видимости, связана с подготовкой к окончательной смерти - физической. Смерть другого вызывает тревогу и воспринимается как собственная социальная смерть и предвидение собственной смерти. Часто смерть начинается с социальной смерти, она предполагает исключение человека из отношений, их разрыв по различным причинам (включая заключение, развод, болезнь и пр.). Человек может переживать не страх самой смерти, а страх умирания с сопутствующими болью, утратой самостоятельности и др. Академик В.А. Неговский выделил фазы умирания: предсмертную, или доагоническую фазу, фазу терминальной остановки, фазу агонии, фазу клинической смерти фазу биологической смерти [16].

Пространство болезни становится частью жизни человека. Прохождение обследования, операций, химиотерапии, получение

информации о болезни и др. являются психотравмирующими для человека. Качество жизни снижается у больного после оперативного вмешательства, но при этом физическое функционирование выше у пациенток, которые смогли найти субъективные причины болезни, их эмоциональная компетентность напрямую связана с более высоким образовательным уровнем и предыдущим опытом взаимодействия с онкологическими больными. При отсутствии постоянной работы у женщин-пациенток чаще выражены симптомы тошноты, утомляемости и нарушения сна. Качество жизни выше у больных, у которых семейных отношения улучшились после постановки диагноза. Данные по женщинам с детьми были противоречивыми и сочетали более высокие показатели по социальному и ролевому функционированию, при более высоких показателях по утомляемости, нарушениям сна и финансовым затруднениям [17].

У около 70% женщин с раком молочной железы на ранней стадии заболевания обнаруживаются когнитивные нарушения, которые часто сохраняются от нескольких месяцев до нескольких лет после окончания лечения рака. У большинства пациентов когнитивные нарушения незначительны и связаны со спецификой прохождения, прежде всего, химиотерапевтического лечения. Также негативное воздействие на когнитивные функции оказывает воспалительный процесс, связанный с онкологией, процедуры оперативного вмешательства и анестезии, и длительный психологический стресс. У 43%пациентов с колоректальным раком также выявлены когнитивные нарушения [43].

Когнитивный дефицит обнаружен у детей, проходящих лечение от онкологии, снижение когнитивных функций выявлено у взрослых с раком молочной железы, толстой кишки, лимфомы и простаты. Прежде всего, проблемы отмечаются с памятью и вниманием. Прием тамоксифена пожилыми женщинами во время химиотерапии негативно влиял на их когнитивные функции. Когнитивные проблемы часто обнаруживались у пациентов и до начала прохождения лечения [30].

Когнитивные нарушения часто связанны с усталостью и обнаруживаются у обследуемых до и после лечения рака. Усталость, по сути, является предиктором когнитивных нарушений, а не наоборот [35]. Что касается рака головного мозга, то негативные

последствия для когнитивных функций больного достаточно очевидны и связаны с зонами его поражения. Рак мозга может приводить к нарушениям речи, слуха, зрения и др.

Рис.4. Факторы, провоцирующие развитие онкологических заболеваний.

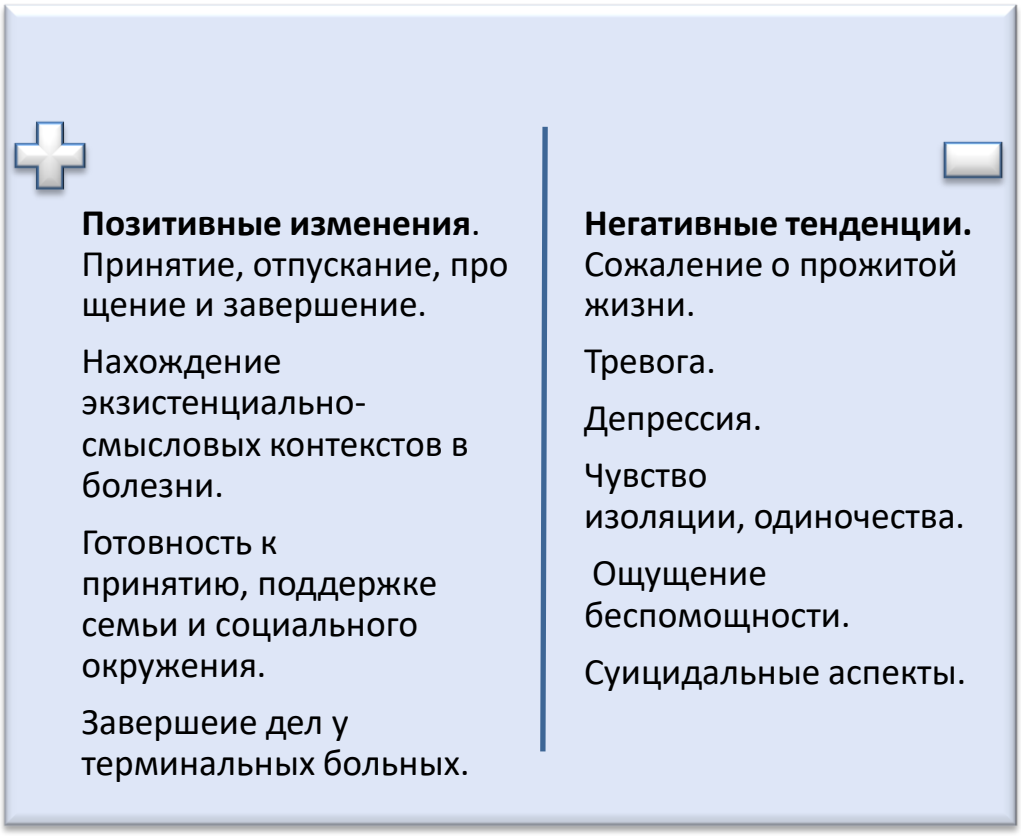

Рис.5. Основные тенденции у людей, страдающих онкологическими заболеваниями.

И. Ялом обратил внимание на то, что при онкологии человек может использовать сложившуюся кризисную ситуацию как стимул для изменений и «личностного роста» [29]. Страх смерти, неопределенность будущего и изменение картины мира характерны для больных онкологическими заболеваниями. Внешняя травма трансформируется во внутреннюю «самотравмирующую» силу [23]. Иллюзия бессмертности исчезает, между пациентом и смертью больше ничего нет, как нет и прежнего существования без онкологической болезни, нет чувства безопасности. Онколокогия предполагает встречу человека с новым неизвестным экстремальным опытом.

Экзистенциальный подход (В. Франкл, И. Ялом, К. Ясперс и др.) является одним из основополагающих при работе, в том числе, с терминальными больными. Он позволяет встретиться с конечными данностями, принять смерть как завершающий этап жизни и

реальное бытие таким, каким оно раскрывается перед самим человеком. Нахождение смысла на своем завершающем этапе жизни важный аспект в консультативной и психотерапевтической работе с клиентом. Конструктивное подведение итогов жизни, придание ценности прожитой жизни и завершение своих дел позволяют человеку принять происходящее. Экзистенциальный кризис показывает человеку, что прежнее существование не является приемлемым [6;7;8;9;10;29].

Рис.6. Изменения, происходящие у онкологических больных, воспринявших кризисную ситуацию как стимул для изменений (по И. Ялому) [29].

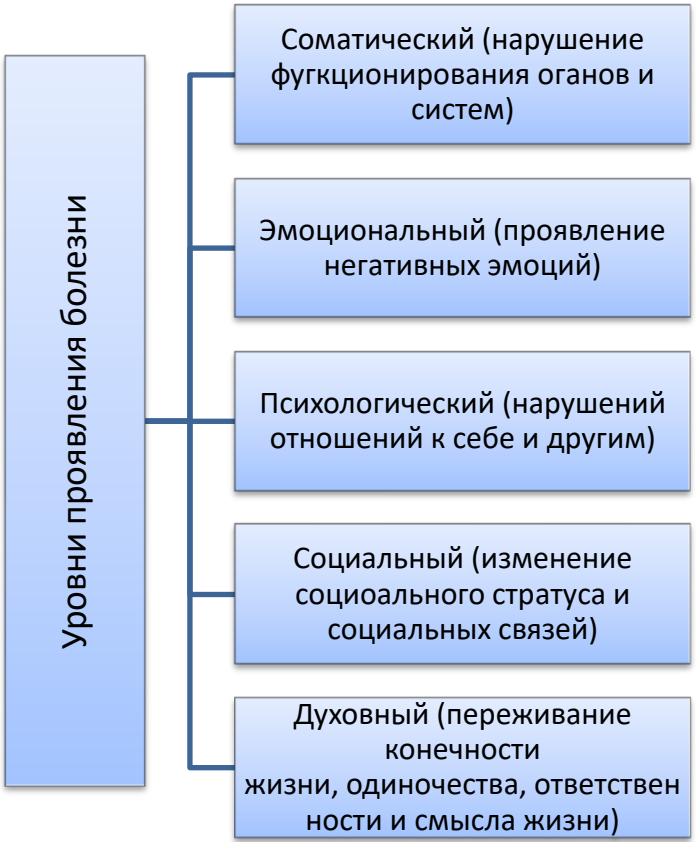

Рис.7. Уровни проявления болезни [15]

Рис.8. Компоненты внутренней картины болезни [27]

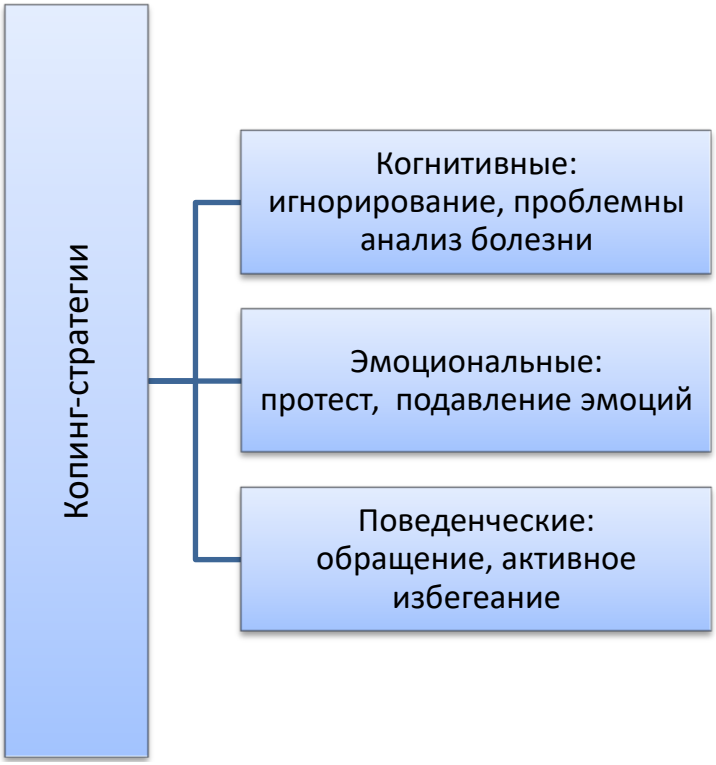

Рис.9. Копинг-стратегии при болезни [18]

Согласно А.В. Гнездилову, у человека определяются следующие клинические типы реагирования на смертельную болезнь [3]:

- тревожно-депрессивный,
- тревожно-ипохондрический,
- астено-депрессивный,
- астено-ипохондрический,
- обсессивно-фобический,
- эйфорический,
- дисфорический,
- апатический,
- деперсонализационно-дереализационный,
- параноидный.

Отношение к лечению больного связано с его личностными особенностями, типами реагирования на болезнь и спецификой семейного опыта. Среди причин отказа от операций онкологических больных отмечают убеждения в неизлечимости рака, предопределенности исхода, калечащего характера операции, причин объективного плана (командировка, отпуск и пр.), «онкологическую настороженность» вследствие негативного опыта (смерти онкобольных родственников и др.). После прохождения

лечения в клинике до 1 года отмечались проблемы с адаптацией, снижение интереса к жизни, боли, нарушения сна и аппетита, проблемы памяти, внимания, быстрая утомляемость, тревога, фобии и сниженное настроение. Отрицание болезни также осложняет оказание помощи при онкологии. Отмечаются страх утраты ценности своего Я вследствие калечащих операций и изменений образа жизни и отношений с членами семьи [18].

Использование эффективных копинг-стратегий позволяет больному справляться с симптомами и последствиями заболевания. Модель адаптации с социально-когнитивным переходом (SCT) А. Бандуры предлагается для работы с онкобольными, она обращает внимание на поведенческие цепочки и эмоции человека. При окологии часто происходит потеря мотивационной структуры в жизни, что становится основой для возникновения безнадежности и депрессии. Осуществление вмешательств, которые побуждают пациентов поддерживать, усиливать или восстанавливать мотивационную структуру своей жизни и быть ориентированными на будущее важны при работе с пациентами (как отмечал еще А.Бек), позволяют им преодолевать депрессию и саму онкологию. Пересмотр ранее имевшихся убеждений характерен для большинства больных, так верующие начинают испытывать сомнения в своей вере, атеисты могут обратиться к нематериалистическим аспектам существования человека и др. Болезнь способна приводить к экзистенциальной изоляции [32].

За последние 50 лет операции стали более щадящими, и пациенты имеют возможность принимать участие в принятии решения. Ранее при операциях рака молочной железы у женщин оставались косметические деформации с потерей функции руки в результате резекции грудных мышц с высоким риском развития лимфедемы в результате обширного рассечения подмышечных узлов, больные испытывали значительные боли и стеснения в грудной стенке. С 1990-х гг. стали поощряться операции позволяющие сохранять грудь на ранних стадиях развития онкологии. Продолжают оставаться актуальными социально-психологические проблемы женщин с раком молочной железы. Потеря сексуальности, женственности, необходимость адаптации к новому телу, депрессии, тревога, нарушения сна и аппетита сопровождают протекание заболевания. Страх рецидива отмечается у многих пациенток. Для

молодых женщин, не имеющих постоянного партнера и детей, прохождение лечения является сильным стрессом и предполагает высокие риски для будущей семейной жизни [33].

У онкобольного также существуют дополнительные риски развития психических расстройств. Помощь при онкологии должна осуществляться на разных уровнях: индивидуальном, диадном (парном) и семейном [46]. Необходимо обратить внимание на близких клиента, которые не имеют опыта взаимодействия с онкобольными. Рак влияет на психологическое здоровье пациента, при этом воздействие оказывается и на его партнера, осуществляющего поддержку, уход (чаще на супруга, реже на других членов семьи, друга и др.). Онкобольной и лицо совершающее уход вступают в диадные отношения, поэтому в позитивной психологии применятся именно диадный подход в процессе оказания помощи и предполагает использование сильных сторон участников, их ресурсов и ценностей. Результаты были получены при работе с пациентками с раком молочной железы, у которых снизился уровень страха рецидива заболевания. Таким образом, в диадном подходе внимание специалистов сосредоточено на онкобольном и на поддерживающем его лице [39]. Страхи потери идентичности, утраты женственности, мужественности характерны для людей, вынужденных пройти через определенные онкооперации.

Постановка онкологического диагноза является высокотравматичной ситуацией для родителей ребенка с онкологией, затем происходит адаптация к данной ситуации. Тем не менее, родители нуждаются в постоянной психологической поддержке со стороны специалистов. Психологическое благополучие родителей позитивно сказывается на состоянии ребенка [36]. У подростков и молодых людей, выживших после онкологии, возникают сложности связанные с необходимостью перехода к самостоятельной жизни и социально-психологической адаптации после прекращения медицинской поддержки. Сложными остаются вопросы обсуждения фертильности, сексуальной жизни подростков с медицинскими работниками, в том числе, в присутствии их родителей [40].

Проблема реабилитации онкологических больных актуальна в связи с необходимостью восстановления их физических функций, социально-психологической адаптации и повышения качества жизни, насколько это возможно с учетом общего состояния человека.

Выживаемость при онкологии выше у людей более экстровертированных. Тем не менее, нудно учитывать, что люди с онкологией и их члены семьи чаще принадлежат к «канцерогенному» типу личности - С [42].

Таблица 1.

Предоперационный, послеоперационный периоды и период выписки у онкобольного

Период	Основная характеристика периода	Направления работы специалиста
Предоперационный	Тревога. Страхи перед операцией. Страх смерти, негативных последствий, неизвестности, неопределенности, врачей.	Работа с принятием операции. Работа с ресурсами больного. Консультирование и поддержка родственников больного.
Послеоперационный	В первые дни: боль, проблемы с самообслуживанием, астено-депрессивный и тревожно-ипохондрический синдромы. Страх осложнений и возможных последствий. Высокая утомляемость.	Психологическая поддержка. Работа с ресурсами. Помощь в адаптации. Консультирование и поддержка родственников больного.
Выписка	Страх рецидива. Страх перед неопределенностью, тревога перед будущим. Невротическая симптоматика: ипохондрические жалобы, фобии (боязнь толпы, транспорта и т.п.), аффективная лабильность в виде впечатлительности, ранимости, плохой переносимости стрессовых ситуаций. Риски ухода в болезнь и стигматизации. Страх социальных контактов.	Работа с ресурсами. Возвращение ответственности (уже не врачи, а ты отвечаешь за себя). Консультирование и поддержка родственников больного.

Таблица 2.

Психологическая помощь онкологическим пациентам
на этапе проведения адъювантной терапии

Период	Основная характеристика	Направление психологической помощи
До проведения химиотерапии/ лучевой терапии/полихимиолучевой терапии.	Страхи боли, перед осложнениями в результате лечения, беспомощности, перед болезненными анализами, сопровождающими лечение, изменений внешности в результате лечения. Страхи способствуют формированию негативного отношения больного к лечению, мешают ему осознавать и принимать информацию, связанную с заболеванием, способствуют эмоциональному и мышечному напряжению во время лечебных процедур, что затрудняет их проведение. В этой связи положительный эффект химиотерапии нередко недооценивается пациентами.	Работа с принятием, мобилизацией, постановкой целей, нахождением значимых смыслов (для чего продолжать жить, начинать или продолжать лечение и др.).
Период химиотерапии	Первые дни - боль, плохое самочувствие, астено-депрессивный и тревожно-ипохондрический синдромы. Страх осложнений и возможных последствий. Утомляемость. Тошнота, рвота. Часто нарушения сна и аппетита.	Психологическая поддержка. Помощь в адаптации.
Выписка	Страхи рецидива, перед неопределенностью, тревога перед будущим. Невротическая симптоматика: ипохондрические жалобы, фобии (боязнь толпы, транспорта и т.п.), аффективная лабильность в виде впечатлительности, ранимости, плохой переносимости стрессовых ситуаций. Риски ухода в болезнь и стигматизации. Страх социальных контактов.	Психологическая поддержка. Возвращение ответственности (уже не врачи, а ты отвечаешь).

Таблица 3.

Возраст и реакция онкобольного ребенка на госпитализацию [20]

Возраст	**Общие характеристики проявления онкологии и реакция на госпитализацию**
До 7 лет	До 90% опухолей у детей до 1 года врожденные (пороки развития плода). Поведение до 1 года зависит от вида онкологии, текущего состояния и психоэмоционального состояния матери (или другого значимого лица). Возможны беспокойство, нарушения сна, аппетита, рвота, анемия, появление сыпи, гематом на теле, высокая температура и др. До 3 месячного возраста чаще слабо реагирует на изменение обстановки, если уход и кормление не изменяются. Недостаточная рефлексия своей болезни в раннем и дошкольном возрасте, хотят домой. Основная реакция происходит на боль, на текущее состояние. В раннем возрасте страх остаться без матери, лечение может воспринимать как наказание за плохие поступки. Страх медицинского оборудования. У дошкольников проявляется дополнительно страх телесных повреждений. Возможны нарушения сна и аппетита. Страх уколов и других медицинских процедур. Страх при уходе родителей, поэтому необходимо объяснять, что происходит и куда уходят отец и мать. Уход в себя, если ребенку не объясняют, ситуацию, какая болезнь и др. Тяжело переживают расставание с родителями и другими близкими. При адаптации к медучреждению без родителей возможны реакции, связанные с прохождением фаз: - протеста (паника, плач, тревога, нежелание отпускать родителя, реже проявление гнева), -отчаяния (замкнутость, нарушения сна и аппетита, патологические привычны действия – сосание пальцев, яктации и др.), -отчуждения (безразличие к родителям). При низкой адаптации возможны снижение массы тела, психосоматические реакции (такихардия, тахипноэ и пр.). До 2 лет адаптация занимает около 9-10 дней, на 3-4 год до 4-5 дней (к 15 годам – адаптация занимает 1-2 дня).

От 7 до 11-12 лет	Ребенок большое значение придает неприятным ощущениям и болевому синдрому. В младшем школьном возрасте тревога, страх потери контроля над ситуацией. Страх отстать от сверстников в школе. Скучает без друзей и прежних увлечений. Реакция на госпитализацию зависит от родителей, медперсонала и личностных особенностей самого больного.
С 13-14 до 17 лет	Более значимым по сравнению с болезненными и неприятными симптомами, становятся ограничения, социальная изоляция, отсутствие возможности на прежнем уровне общаться со сверстниками и заниматься своими увлечениями, хобби. Осложнение сепарационных процессов. Страх изменения внешности. Реакция на госпитализацию зависит от родителей, медперсонала и личностных особенностей самого больного.

В настоящее время, в связи с высокой актуальностью изучаемой проблемы, оформилась новая междисциплинарная отрасль, получившая названия психоонкологии [37], она зародилась в рамках онкологии, в тоже время в контексте психологических дисциплин существует дисциплина – онкопсихология. Относительно психологического консультирования и психотерапии применяются различные методы работы. Известны БОС (биологическая обратная связь), медитации, релаксации. Гипнотерапия один из методов оказания помощи онкобольным при работе с нарушениями сна, эмоциональными расстройствами и усталостью. Целесообразно обучение онкобольных самогипнозу [35]. При работе с ПРЛ, депрессией, тревогой, расстройствами невротического уровня и пр. у онкобольных предлагается применение когнитивно-бихевиоральной психотерапии.

Приведем пример техники арт-терапии. Среди рисуночных арт-терапевтических техник наиболее известны мандалы (в переводе с санскрита означает «круг»). Круг - это первичный символ единства и бесконечности, защиты.

- Техника «Ресурсная мандала» [4;7].

Цель: работа с внутренними ресурсами личности.

Инструкция. Участникам предлагается нарисовать рисунок в круге, который будет для них ресурсным: создаст ощущение или

чувство спокойствия, надежности и т.д. Также можно вспомнить место, в котором было комфортно, приятно, хорошо и отобразить его на листе (например, где когда-то отдыхали, жили и т.д.).

Подбор материалов зависит от того, какой вариант техники намеревается провести специалист (рисуночный, песочный, «объемный» и др.). Можно предложить для группы «рисуночный» вариант мандалы. В качестве материалов подойдут ватманы, скотч (если на ватмане недостаточно пространства для рисунка, то используются дополнительные листы, они скрепляются с помочью скотча друг с другом), карандаши, фломастеры, гуашь, акварельные краски, кисточки и пр. На выполнение ресурсной мандалы группе обычно требуется не менее 40- 60 минут. При индивидуальной работе предоставляется возможность самостоятельно выбрать формат бумаги (5А, 4А, 3А, 2А и др.), на которой будет выполнена мандала. Для рисуночного варианта мандалы предлагается те же материалы, как и в групповой работе (карандаши, краски и пр.).

Ресурсную мандалу также можно сделать из различных сыпучих материалов (разноцветного песка, камней, зерна и пр.), цветной бумаги, ткани, глины и др. При работе с сыпучими материалами применяют круглые тарелки различного размера. Подобные мандалы часто не представляется возможным сохранить на длительное время, поэтому их фотографируют и в дальнейшей работе используют снимки мандалы.

При выполнении мандалы на листах бумаги следует обратить внимание на их форму. Так, квадрат считается стабильной формой, а прямоугольная форма, как отмечают представители юнгианского подхода, провоцирует выход подавленного негативного опыта личности. В связи с этим, для создания ресурсной мандалы зарубежные арт- терапевты часто рекомендуют использовать квадратную форму.

В конце работы участникам предлагается обсудить, как проходил весь процесс работы, какие ощущения, чувства и мысли вызывает мандала, все ли нравится в мандале и хотелось ли что-то в ней изменить. В групповом варианте выполнения техники желательно уточнить, насколько комфортно было работать с другими участниками, возникали ли какие-либо противоречия при создании образа и др.

В ресурсной мандале, как правило, отмечается «хорошая центровка» и «уравновешенность» рисунка. При возникновении противоречий в процессе работы у участников группы, либо отсутствии взаимопонимания мандала «распадается» и не выполняет своей основной функции. Однако полученные данные выявляют важную информацию о происходящих внутригрупповых процессах и позволяют специалисту прогнозировать и корректировать дальнейший ход работы группы.

Техники «Мандала здоровья» и «Мандала исцеления» дополняют работу специалиста и сочетаются с техниками релаксации.

Антистрессовая релаксация.

1) Лягте (в крайнем случае - присядьте) удобнее в тихом, слабо освещенном помещении; одежда не должна стеснять ваших движений.

2) Закрыв глаза, дышите медленно и глубоко. Сделайте вдох и примерно на десять секунд задержите дыхание. Выдох производите не торопясь, следите за расслаблением и мысленно говорите себе: "Вдох и выдох, как прилив и отлив". Повторите эту процедуру пять-шесть раз. Затем отдохните около двадцати секунд.

3) Волевым усилием сокращайте отдельные мышцы или их группы. Сокращение удерживайте до десяти секунд, потом расслабьте мышцы. Таким образом пройдитесь по всему телу. При этом внимательно следите за тем, что с ним происходит. Повторите данную процедуру трижды, расслабьтесь, отрешитесь от всего, ни о чем не думайте.

4) Попробуйте как можно конкретнее представить себе ощущение расслабленности, пронизывающее вас снизу доверху: от пальцев ног через икры, бедра, туловище до головы. Повторяйте про себя: "Я успокаиваюсь, мне приятно, меня ничто не тревожит".

5) Представьте себе, что ощущение расслабленности проникает во все части вашего тела. Вы чувствуете, как напряжение покидает вас. Чувствуете, что расслаблены ваши плечи, шея, лицевые мускулы (рот может быть приоткрыт). Лежите спокойно, как "тряпичная кукла". Наслаждайтесь испытываемым ощущением около тридцати секунд.

6) Считайте до десяти, мысленно говоря себе, что с каждой последующей цифрой ваши мышцы все более расслабляются. Теперь

ваша единственная забота - о том, как насладиться состоянием расслабленности.

7) Наступает "пробуждение". Сосчитайте до двадцати. Говорите себе: "Когда я досчитаю до двадцати, мои глаза откроются, я буду чувствовать себя бодрым. Неприятное напряжение в конечностях исчезнет". Данное упражнение рекомендуется выполнять два-три раза в неделю. Поначалу оно занимает около четверти часа, но при достаточном овладении им релаксация достигается быстрее.

Релаксация с сосредоточением на дыхании.

Данный подход предполагает физиологическое мышечное расслабление при каждом выдохе.

1) Устройтесь удобнее в положении лежа (при соблюдении всех основных требований: покой, просторная одежда, умеренная температура воздуха).

2) Медленно закройте глаза.

3) Следите за дыханием. С каждым новым выдохом вы все глубже входите в состояние расслабленности. Поступайте так до тех пор, пока не почувствуете, что достигли наиболее глубокой стадии расслабления, которая и требуется вашему телу.

4) Вы лежите расслабленно, сознавая, что ваше дыхание стало более спокойным и глубоким. Чувствуете расслабленность во всем теле. Вы лежите неподвижно, безвольно, испытываете приятные ощущения. Чувствуете, что успокоение и расслабленность затронули и вашу душу. Вы наслаждаетесь ощущениями покоя и беззаботности.

5) Тело само даст вам понять, когда почувствует себя достаточно бодрым. Релаксация перестанет приносить удовольствие, и вам захочется вернуться в активное, бодрое состояние.

6) Не спешите с этим, медленно потянитесь и также медленно откройте глаза. Когда захотите - сядьте. Затем сделайте быстрый выдох.

Перейдем к библиотерапии психосоматических заболеваний. Использование метода библиотерапии предполагает ориентацию специалиста в различных литературных родах и жанрах. Обратим внимание на возможности работы с поговорками. Техника библиотерапии «Поговорки о теле» позволяет при работе с клиентами выявить их основные установки и психосоматические зоны

риска. На сессии человек самостоятельно выбирает из списка поговорки, которые «откликнулись» при чтении и записывает, дополнительно такие поговорки, которые либо слышал в своей семье, либо сам использует в жизни.

Техника «Синквейн» может предлагаться для работы с различными состояниями клиента. Синквейн - это пятистрочная стихотворная форма, возникшая в США в начале XX века под влиянием японской поэзии. Клиенту предлагается написать синквейн без соблюдения основных правил слогового написания этого стихотворения в поэзии (поскольку это требует определенной практики и не вполне согласуется с задачами психолога). Сохраняется лишь его общая структура (1 слово в первой строке, 2 – во второй, 3 - в третьей, 4 - в четвертой и 1 – в пятой). Рассмотрим возможности применения синквейна в психологической практике.

Цель синквейна в данном случае – изменение нежелательного эмоционального состояния человека, в которое он «регулярно попадает» (Т.Ю.Колошина, А.А.Трусь, 2010). Целесообразно использовать синквейн при работе с кризисными состояниями, с психосоматическими заболеваниями и др.

Пример синквейна:

1. Депрессия (название состояния).

2. Вязкое болото (описание состояния, метафора).

3. Тону, задыхаюсь, умираю (действия, которые совершает клиент, попав в это состояние).

4. Печаль, грусть, отчаяние, тревога (чувства, которые испытывает клиент, совершив данные действия).

5. Безнадежность (название полученного состояния).

Пример итогового синквейна:

1. Депрессия (название состояния).

2. Время размышлений (описание состояния, метафора).

3. Смотрю, слушаю (себя), думаю (действия, которые совершает клиент, попав в это состояние).

4. Любовь, надежда, грусть, беспокойство (чувства, которые испытывает клиент, совершив данные действия).

5. Ожидание (название полученного состояния).

При беседе с клиентом по первоначальному варианту синквейна происходит переосмысление им важных составляющих его неадаптивного поведения. Техника несколько напоминает

АВС-анализ из когнитивно- бихевиорального подхода, поскольку устанавливается причинно-следственная связь между поведением, определенными действиями и последующими эмоциями и чувствами клиента, исключается только контекст развернутой работы с автоматическими мыслями клиента.

Оказание психологической помощи людям с онкологическими заболеваниями является сложной, способствующей эмоциональному выгоранию и иным сложностям у специалистов. В связи с этим необходима поддержка практических психологов. Взаимодействие с терминальными больными проходит через сложную работу с принятием, прощением и прощанием. Социальная поддержка больному должна осуществляться на разных уровнях. Развитие навыков самопомощи, развитие саморегуляции, самоконтроля, самоидентичности и толерантности к неопределенности являются важными при работе с онкобольными. Помощь в нахождении нетерминальным клиентом желания жить, постановка долгосрочных целей, обращение внимания на свои желания и потребности включаются в общий контекст сессий.

Литература

1. ВОЗ: число раковых больных в мире продолжит расти [Электронный ресурс] https://news.un.org/ru/story/2024/02/1449057# (дата обращения 12.03.2024).

2. Гемотест [Электронный ресурс] https://gemotest.ru/moskva/ catalog/ onkologiya/ onkogenetika/ (дата обращения 06.03.2024).

3. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. СПб. 2002. 162 с.

4. Ефремова Д.Н., Каяшева О.И. Психосоматические заболевания: теория и практические исследования / Под ред. Каяшевой О.И. СПб.: НИЦ АРТ, 2015. 102 с.

5. Збицкая М.А., Важенин А.В. Влияние биопсий опухоли на прогрессирование опухолевого процесса у больных раком молочной железы // Онкология. №2. 2007. С.67-70.

6. Каяшева О.И. Психологическая манипуляция психосоматических больных в семейных отношениях // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике: Сборник научных статей конференции. 18 ноября 2016. Вып. XVI / Под. общ. ред. В.И. Мазурова. СПб.: Альта Астра. С.76-77.

7. Каяшева О.И. Арт-терапия психосоматических заболеваний: Учебное пособие. СПб.: НИЦ АРТ, 2022. 118 с.

8. Каяшева О.И. Личностная рефлексия как механизм осознания самообмана клиентом в экзистенциально-ориентированном консультировании // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. 2022. №2. С.20-35.

9. Каяшева О.И. Экзистенциальные аспекты переживания страха смерти больными с рассеянным склерозом // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия "Познание». 2022. №06. С. 47-52.

10. Каяшева О.И. Экзистенциальный подход к проблеме рефлексии конечности жизни человеком // Казанский педагогический журнал. 2023. № 2 (157). С.222-227.

11. Каппауф Г., Вальтер М. Галльмайер. Во всем виноват Гиппократ / Пер. с нем. М: Эксмо. 2002. 415 с

12. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. М.: АСТ, 2021. 416 с.

13. Левин С. Кто умирает? К.: «София», Ltd. 1996. 352 с.

14. Минздрав сообщил о 4 млн. онкологических больных в России [Электронный ресурс] https://www.rbc.ru/rbcfreenews/63dce6bf9a794740 (дата обращения 06.03.2024).

15. Моисеенко В.М., Чулкова В.А. Психоонкология // Пособие для врачей. СПб. 2007. 38 с.

16. Налчаджян А.А. Загадка смерти Очерки психологической танатологии. СПб.: Питер, 2014. 487 с.

17. Онкология // Большая медицинская энциклопедия [Электронный ресурс] https://бмэ.орг/index.php/онкология (дата обращения 06.03.2024).

18. Пестерева Е.В.Психологическое исследование больных раком желудочно-кишечного тракта (по материалам работы Шиповникова Н.Б.) // Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство // Ред. А.М. Беляев, В.А.Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачев. СПб: Любавич, 2017. С.105-116.

19. Пособие по инвалидности в 2024 году [Электронный ресурс] https://bankiros.ru/wiki/term/posobie-po-invalidnosti (дата обращения 15.03.2024).

20. Психологическая подготовка ребенка к операции [Электронный ресурс]. https://www.orthoscheb.ru/ressroom/newscenter/psikhologicheskaya-podgotovka-rebenka-k-operatsii/ (дата обращения 06.03.2024).

21. "Пугающие цифры". С чем связан глобальный всплеск рака среди молодых [Электронный ресурс]. https://ria.ru/20230909/rak-1895038812.html (дата обращения 06.03.2024).

22. Реакция детей на госпитализацию и адаптация к медучреждению Электронный ресурс]. https://studfile.net/preview/ 8866814/page:58/ (дата обращения 06.03.2024).

23. Решетников М.М. Психическая травма. СПб: Речь. 2006. 322 с.

24. Садовников А. Moderna и Pfizer, «чёрные ангелы смерти». [Электронный ресурс] https://zvezdaweekly.ru/news/20233131549-KMcIq.html (дата обращения 06.03.2024).

25. Состояние онкологической помощи населению России в 2022 году / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – ф-л ФГБУ НМИЦ радиологии Минздрава России, 2022. 239 с.

26. Федотова Е.А. Отношение к смерти и его влияние на личность онкологических больных // Консультативная психология и психотерапия. 2008. Том 16. № 2. С. 160–182.

27. Чулкова В.А., Моисеенко В.М. Психологические проблемы в онкологии // Практическая онкология. 2009 Т.10, № 3. С. 151 – 157.

28. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Онкологическое заболевание: экстремальная ситуация и психологический кризис // Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство // А.М. Беляев и коллектив авторов / Ред. А.М. Беляев, В.А.Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачев. СПб: Любавич, 2017. С.65-84.

29. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М.: Независимая фирма "Класс", 1999. 576 с.

30. Ahles T. A., Hurria A. New Challenges in Psycho-Oncology Research IV: Cognition and cancer: Conceptual and methodological issues and future directions. Psycho-Oncology. 2018. 27(1). 3–9. doi:10.1002/pon.4564.

31. Atoui A., Jarrah K., Al Mahmasani L., Bou-Fakhredin R., Taher A.T. Deep venous thrombosis and pulmonary embolism after COVID-19 mRNA vaccination. Ann. Hematol. 2022:1–3. doi: 10.1007/s00277-021-04743-1.

32. Brennan J. Adjustment to cancer? Coping or personal transition? Psycho-Oncology. 2001. 10(1). 1–18. doi:10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<1::aid-pon484>3.0.co;2-t.

33. Ganz P.A. Psychological and social aspects of breast cancer. Oncology (Williston Park). 2008. 22(6):642-6.

34. Grassi L. Psychiatric and psychosocial implications in cancer care: the agenda of psycho-oncology. Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2020 Jan 9:29:e89. doi: 10.1017/S2045796019000829.

35. Grégoire C., Faymonville M. E., Vanhaudenhuyse A., Charland-Verville V., Jerusalem G., Willems S., & Bragard I. Effects of an intervention combining self-care and self-hypnosis on fatigue and associated symptoms in post-treatment cancer patients: a randomized-controlled trial. Psycho-Oncology. 2020. 29:1165–1173. doi:10.1002/pon.5395.

36. Kearney J.A., Salley Ch.G., Muriel A.C. Standards of Psychosocial Care for Parents of Children With Cancer. Pediatric Blood and Cancer. 2015. 62. Suppl 5: S.632-83. doi: 10.1002/pbc.25761.

37. Lang-Rollin I., Berberich G. Psycho-oncology. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2018. 20(1): 13-22. doi: 10.31887/DCNS.2018.20.1/ilangrollin.

38. Mörz M. Multifocal Necrotizing Encephalitis and Myocarditis after BNT162b2 mRNA Vaccination against COVID-19. Vaccines. 2022, 10(10), 1651; https://doi.org/10.3390/vaccines10101651.

39. Otto A. K., Ketcher D., Reblin M., Terrill A.L. Positive Psychology Approaches to Interventions for Cancer Dyads: A Scoping Review. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022. 19(20):13561. doi: 10.3390/ijerph192013561.

40. Patterson P., McDonald F.E.J., Zebrack B., Medlow S. Emerging Issues Among Adolescent and Young Adult Cancer Survivors. Seminars in Oncology Nursing. 2015. 31(1). 53–59. doi:10.1016/j.soncn.2014.11.006.

41. Seneff S., Nigh G., Kyriakopoulos A.M., McCullough P.A. Innate immune suppression by SARS-CoV-2 mRNA vaccinations: The role of G-quadruplexes, exosomes, and MicroRNAs. Food Chem Toxicol. 2022. 164: 113008. doi: 10.1016/j.fct.2022.113008.

42. Turhal N.S., Demirhan S., Satici C., Cinar C., Kinar A. Personality traits in cancer patients. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2013. 14(8):4515-8. doi: 10.7314/apjcp.2013.14.8.4515.

43. Vardy, J. L., & Dhillon, H. M. (2018). "Mind the gaps": Cognition and cancer. Psycho-Oncology, 27(1), 10–12. doi:10.1002/pon.4582.

44. Verkerk R. Repeated COVID Shots Driving Dangerous Variants, Turbo Cancers. https://childrenshealthdefense.org/defender/geert-vanden-bossche-covid-vaccine-cancer/.

45. Zaza Ch., Baine N. Cancer pain and psychosocial factors: a critical review of the literature. Journal of Pain and Symptom Management. 2002. 24(5):526-42. doi: 10.1016/s0885-3924(02)00497-9.

46. Zimmermann T. Partnership and family aspects of cancer. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz . 2022. 65(4): 446-452. doi: 10.1007/s00103-022-03495-1.

ПРОБЛЕМЫ ПОЛОРОЛЕВОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ЕЕ ФОРМИРОВАНИЯ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ: БИБЛИОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

И. Е. ЖМУРИН, И. В. КОРНЕЙЧИК

Актуальность научных исследований полоролевой идентичности обусловлено тем, что процесс ее развития выступает ядром самоопределения человека. Благодаря механизмам идентификации каждый человек присваивает себе определенные качества, свойства и атрибуты другого человека и преобразует себя по его образцу [6].

В рамках психоаналитического подхода следует выделить несколько базовых положений специалистов в области клинического психоанализа, раскрывающих проблемы полоролевой идентичности и детально описывающих ее границы:

(а) Р. Столлер отмечает, что ощущение собственной половой идентичности (т.е. ощущение человеком себя женщиной/мужчиной) в норме формируется из трех базовых источников:

- анатомии и физиологии развития гениталий;
- отношения родителей, сиблингов и других родственников к половой роли ребенка;
- биологической силы, модифицирующей в определенной мере влияние социального окружения [8].

(б) По мнению Р. Бриттона значительное внимание следует уделить эдипальной ситуации, в рамках которой происходит признание ребенком отношений родителей, «в какой бы примитивной или частичной форме оно ни происходило». Это трансформируется в соперничестве ребенка с одним из родителей за отношения с другим и разрешается с оставлением ребенком своих сексуальных требований по отношению к обоим родителям через

признание реальности их сексуальных отношений [2].

(в) Позиция О. Кернберга заключается в том, что полоролевую идентичность он тесно связывает с ядерной половой идентичностью и выбором объекта отношений. Он отмечает, что предпочтение своего пола может оказать влияние на выбор роли, которая социально идентифицируется с противоположным полом. Возможна и обратная ситуация, когда вживание в роль противоположного пола делает возможным проявление предрасположенности к влечению к лицам своего пола. Это О. Кернберг связывает с еще одним слагаемым сексуальности – выбором объекта [5].

В современном мире проблема формирования и развития полоролевой идентичности человека крайне актуальна в рамках современной науки и активно исследуется в медицине, биологии, психологии, социологии, психиатрии и культуре. Вместе с тем, в последние десятилетия пропаганда свободы в восприятии себя, собственного пола и встраивание такого отношения в систему воспитании детей в семье и построение на основе этого семейных отношений агрессивно насаждается социальными и политическими движениями в странах Запада. Формирование полоролевой идентичности, основанной на свободном выборе отношений и своего полового поведения в странах Европы и США возведена в «неосуждаемое» направление развития человека с присвоением статуса «свободы» его выбора в жизни. Это направление захватило уже и политические уровни управления в отдельных государствах Запада, выступая отдельными положениями или частью программ политических партий, общественных движений, а иногда и прописывается в законах этих государств. Одним из оснований такого течения и понимания развития человека выступает мнение отдельных западных психологов и психиатров о том, что воспитание человека следует основывать не на его биологическом поле, а на его собственном восприятии этого пола.

Сложившееся положение дел по данной проблеме обусловлено двумя линиями развития.

Первая линия развития связана с определением нарушений полоролевой идентичности в нормативно-правовых документах медицинских сообществ. Впервые в 1980 г. психосексуальные расстройства («Расстройства половой идентичности») были прописаны как новый подкласс в Диагностическом и статистическом

руководстве по психическим расстройствам Американской психиатрической ассоциации DSM-III. Далее под активным давлением феминистских организаций и женских движений, а конкретно их публичной критики, лоббирования равенства с мужчинами и откровенных запретов на некоторые психиатрические диагнозы была сформирована и издана новая редакция DSM-III-R. Этот документ исключил расстройства половой идентичности из класса сексуальных расстройств перешли и включил их в класс со следующей формулировкой – «расстройства, обычно впервые проявляющиеся у детей и подростков».

В новой редакции DSM-IV произошли следующие изменения:

- расстройства половой идентичности повторно включили в группу психосексуальных расстройств, но не указали дифференциацию устойчивого следования индивида полоролевым стереотипам поведения, противоположным его биологическому полу и расстройств идентичности в детстве;

- изъяли классификационную единицу «расстройство половой идентичности у подростков и взрослых нетранссексуального типа» (состояние дискомфорта при переживании нежелательности своего пола, которое сопровождается переодеванием и соответствующим поведением, но без требований хирургической и гормональной коррекции);

- добавлена подрубрика «неспецифицированные расстройства половой идентичности», объединившая интерсексуальные состояния, которые сопровождаются: дисфорией пола; транзиторным, коррелирующим со стрессом, переодеванием; устойчивой поглощенностью мыслями о кастрации, ощущениями собственными неадекватностью в сексуальных действиях или другими особенностями, связанными со стандартами маскулинности/фемининности [3].

Международная классификация болезней (МКБ-10) включила в рубрику «расстройства половой идентификации» определение устойчивого следования индивида полоролевым стереотипам поведения, противоположным его биологическому полу, и отдельно были указаны критерии расстройств половой идентичности у детей и включен код F64.1 . Вместе с тем, Г.Е. Введенский, С.Н. Матевосян отметили, что современная редакция DSM-5 [3] не включает рубрику «расстройства половой идентичности» (GID), но при этом сохранен

термин «половая дисфория» в отдельной главе. Эта глава описывает половую дисфории как «аффективную/когнитивную неудовлетворённость личности своим предписанным полом (обычно устанавливается при рождения и описывается как пол рождения)» с длительностью проявления не менее 6 месяцев [3].

Важно отметить, что K. Zucker, A. Lawrence, B. Kreukels [39] в своих работах отмечают, что при разработке DSM-5 специалисты рабочей группы по формулированию расстройств сексуальной и половой идентичности опубликовали профессиональное мнение о необходимости включения половой дисфории в руководство DSM-5. Это предложение было обусловлено активным вторжением в обсуждение указанных проблем людей с устойчивым следованием полоролевым стереотипам поведения, противоположным их биологическому полу, которые в союзе с отдельными специалистами выступали за полное удаление этого диагноза. Эта группа привела аргументы в пользу того, что расстройство половой идентичности не следует относить к расстройствам психики, так как, по их мнению, эти расстройства следует рассматривать в качестве вариантов нормы цисгендерной идентичности, поэтому включение в DSM этого расстройства усилит стигматизацию к таким людям.

Несмотря на эти атаки, специалисты рабочей группы приняли решение о сохранении диагноза потому, что его наличие в руководстве обеспечит доступность помощи (в первую очередь это направлено на сохранение страхового покрытия операций по смене пола) и определение нового содержания диагноза [39]. Сохранение рассматриваемого диагноза в DSM-5 было связано с обоснованием того, что «идентичность» не рассматривается более как признак психического расстройства, но несоответствие между воспринимаемым полом и официально установленным полом при рождении, вызывающее дистресс и/или ухудшение психического состояния признается основным проявлением этого расстройства.

При рассмотрении данной проблемы в рамках МКБ-11 следует отметить о решении нашего Правительства, изложенного в Распоряжении Правительства РФ от 31 января 2024 года № 200-р, о приостановке плана мероприятий по внедрению МКБ-11 на территории Российской Федерации на 2021-2024 гг., утвержденного распоряжением Правительства РФ от 15.10.2021 г. № 2900-р.

Однако, вариант МКБ-11 был опубликован ранее и следует

отметить следующие изменения в нем: диагноз половой дисфории переместили из раздела «психические и поведенческие расстройства» (который был в МКБ-10) в раздел, названный «состояния, связанные с сексуальным здоровьем» с заменой обозначения, принятого DSM-5 «половая дисфория» на «половое несоответствие». Эти действия предприняты для снижения активности в позиционировании полового несоответствия к психиатрическому или непсихиатрическому состоянию. В связи с этими изменениями K. Zucker, A. Lawrence, B. Kreukels [39] отмечают, что представление новой рубрики в МКБ-11 направлено на реализацию государственной системой здравоохранения или частными страховыми компаниям обеспечения страховой поддержки и сохранения доступа к помощи клиентам, испытывающим указанные проблемы и не имеющим финансовых средств для ее получения.

Г.Е. Введенский, С.Н. Матевосян отмечают, что в SOC-7 дается следующее понимание «расстройство это описание чего-то, с чем человек может бороться, а не описание самого человека или его идентичности» [3], что выводить указанные категории из понятия «больной». Авторы заключают, что дистресс, наступивший в результате половой дисфории, выступает скорее проблемой, диагностируемой и лечащейся, и доступной для медицинской помощи.

Вторая линия динамики рассматриваемой проблемы связана с вторжением в современные семейные отношения агрессивной и сложной социокультурной реальности (пропаганда однополых браков, стирание и смешивание традиционных семейных ролей, трансформация родительства), а также попытки рассогласовать межпоколенческие связи и поставить под сомнение традиции русской семьи. Эти тенденции направлены на размывание национальных, культурных и социальных скрепов российской семьи и принуждение к принятию новых западных субкультурных общностей. Примером негативного влияния этих тенденций выступает исследование, проведенное JAMA Psychiatry, установившее, что изменение гендерной идентичности людей может проявиться в повышении вероятности неблагоприятных последствий для их психического здоровья, включая намерения и попытки суицида [35].

Необходимо отметить, что существуют сопутствующие проблемы развития отношений людей и их семей с альтернативными

формами семьи. Для последних характерно напряжение в отношениях с родителями, друзьями, социальным и профессиональным пространством [37].

Для этой линии развития проблемы полоролевой идентичности характерно не только активное вторжение негативных тенденций в пространство семьи, но и возникшая необходимость сохранения семейного пространства в традиционных (гетерогенных) формах, основанных на культурных, национальных и религиозных традициях, что способствует устойчивости наций к мировым потрясениям (войнам, катастрофам и др.). Подобная устойчивость позволяет преодолеть пандемию, современные глобальные изменения в политике и экономике. Это четко проявляется в современной России, где пересмотр законодательства направлен на усиление национальных, культурных и социальных скрепов населения страны.

Именно этот подход реализован в семейной политики России, где традиционная семья, выступает фундаментом социального пространства, обеспечивающего государственную безопасность. Закрепление этого поступательного движения по защите традиций семьи в оформлении базовых положений семейной политики в Российской Федерации отражено в государственных документах:

- ст. 67.1. (дети важный приоритет государственной политики), ст. 72 (защита материнства, семьи и отцовства; брак – это союз мужчины и женщины) и ст. 114 (укрепление и защита семьи, семейных ценностей) Конституции РФ;

- перечне традиционных ценностей нашего государства, представленных в ст. 5 Указа Президента РФ от 09.11.2022 № 809 «Об утверждении Основ государственной политики по сохранению и укреплению традиционных российских духовно-нравственных ценностей».

14.06.2023 г. депутаты Госдумы РФ поддержали поправки в проект закона, запрещающего реализацию медицинских вмешательств по смене пола, а также исключающие государственную регистрацию смены пола без проведения операций. Согласие на операционные вмешательства должна давать только врачебная комиссия федерального государственного учреждения здравоохранения.

Исторические аспекты проблемы полоролевой идентичности с позиции психоаналитического подхода. Рассмотрение истории изучения проблемы полоролевой идентичности в рамках психоаналитического подхода позволяет обосновать правоту его выбора на основании протяженности и глубины рассмотрения этой проблемы, а также устойчивости этой проблемы среди значимых научных проблем психоанализа на протяжении его существования. В рамках различных теорий психоанализа при рассмотрении развития личности человека центральное место отведено идентичности, которая распознается как чувство тождественности человека самому себе, что позволяет ему обрести ощущение собственной целостности и сформировать собственный образ с включением всех собственных свойств, характеристик и отношений к окружающему миру [7]. Понятие идентичности подробно описано З. Фрейдом в 1921 г. в работе «Психоанализ масс и психология Я». В этой работе З. Фрейд выделил три способа ее проявления [6]: (а) первичная идентификация, определяемая как первичная форма аффективной связи с объектом; (б) идентификация в качестве регрессивного замещения предыдущего выбора объекта; (в) идентификация с другим (не имеющая сексуальной направленности), если с ним есть нечто общее (желание, связанное с построением отношений или достижения какого-то результата).

Предварительные упоминания и последующие разработки понятия идентичности З. Фрейд связывал с выбором человеком объекта отношений. Так, в 1905 году в своей работе «Три очерка по теории сексуальности» он ищет объяснение того, как объект реализует выбор объекта того же пола. Фундаментальность этой работы З. Фрейда проявляется в том, что описана инфантильная сексуальность человека, возникающая в раннем детстве, задолго до наступления полового созревания. Этот момент является запускающим ее развитие до достижения взрослой сексуальности.

В процессе формировании половой идентичности и ее развития могут быть наблюдаться отклонения, связанные с особенностями прохождения эдипова комплекса. «Эдипов комплекс» в качестве научного понятия введен З. Фрейдом в 1910 г., но идея его описания

возникла ещё в 1897 г. [7]. Эдипов комплекс проявляется в том, что мужчины испытывают бессознательные желания, чувства, сфокусированные на обладании своей матерью. Комплекс, по З. Фрейду, проявляется в период 3-5 лет и после некоторого угасания возникает при половом созревании. В психоанализе психическое развитие человека всегда включает «комплекс Эдипа» и структурирует половую идентичность индивида, определяемую переживаниями. Это и задает направленность желаний человека и определяет формирование последующих отношений (как правило, выбор сексуального партнера).

В 1923 г. в работе «Я и Оно» З. Фрейд развивает важность «эдипова комплекса» в жизни человека и вводит понятия позитивного и негативного «эдипова комплекса» [10]. *Позитивное переживание «эдипова комплекса»* проявляется в том, что мальчик желает обладать родителем противоположного пола (матерью) и устранении в этих желаниях соперника (отца). В процессе этих желаний мальчик идентифицирует себя с отцом (мужской фигурой) со своим соперником в этих отношениях и хочет стать таким же, как его отец. Этот вариант переживаний в детстве оказывает значительное влияние на выбор сексуального партнера, осуществляющегося по образцу родителей (как правило, мальчики готовы переживать и участвовать в соперничестве со сверстниками своего пола и в последующем с другими мужчинами в личных и профессиональных отношениях). *При негативном* переживании *«эдипова комплекса»* у мальчика формируется желание обладать отцом и устранить из этих отношений мать (мать выступает соперником в этих отношениях). В этой ситуации мальчик идентифицирует себя с матерью, воспроизводя самый ранний вариант любви к объекту. Проявление пассивных желаний (по женскому образцу) в отношении своего отца влечет отказ от гетеросексуальных желаний в отношении матери, и одновременно, отказ от идентификации с мужской фигурой (отцом).

Важно, что негативное проявление «эдипова комплекса» описано ранее:

- в 1910 г. работа «Воспоминание детства Леонардо да Винчи» раскрывает особую форму влечения к лицам своего пола у Леонардо да Винчи, которая подтверждена его жизнью в окружении молодых людей, к которым он испытывал особые любовные чувства. По

З. Фрейду сильная эротическая связь ребенка с матерью в первые годы жизни, усиленная разрывом связи с отцом или его отсутствием, превратила его любовь к матери в сильную идентификацию с ней. Занимая место своей матери и направляя любовь на юношей, Леонардо любил самого себя. З. Фрейд классифицировал эту любовь к себе как нарциссическую. На основании содержания мифа о нарциссе З. Фрейд определяет такую любовь как любовь к себе или ее более совершенный вариант – любовь к своему идеальному двойнику. В данном влечении это проявление любви крайне идеализированно [1].

- в 1918 г. в работе «Человек-волк», З. Фрейд не указывал о патологических чертах личности при негативном проявлении «эдипова комплекса». Он акцентировал внимание на том, что «эдипов треугольник» универсален и его конфигурация всегда индивидуальна в каждом конкретном случае и определяется историей развития в детстве.

Психоаналитические исследования полоролевой идентичности и ее искажения. Вместе с тем, следует отметить, что в процессе своей психотерапевтической и исследовательской деятельности З. Фрейд показал, что патология в сфере сексуальных отношений (перверсия) у взрослых, зарождается в период инфантильной сексуальности ребенка и связана: с объектом инцестуозной любви или с эдиповым комплексом. Ещё одна интересная мысль З. Фрейда связана с тем, что вопрос патологии легко связывается с влечением к лицам своего пола и растворяется в случае гетеросексуальности, что объясняется взглядом с позиции гуманизма.

В границах современного психоаналитического подхода [5, 8] эти трансформации рассматриваются следующим образом: нормальные отношения мальчика с матерью (личности противоположного пола) развиваются на основе привязанности, необходимой для обеспечения его жизни. Постепенно они наполняются энергией либидо, содержащей привязанность и эротические желания ребенка, которые полностью направленны и сосредоточены на материнской фигуре. По мере развития мальчик обнаруживает, что его первый объект любви связана с отношениями с отцом и принадлежит ему. Фигура отца воспринимается мальчиком как угрожающая его мужественности и это вызывает у него страх

(страх кастрации), который направляет его на поиск идеального сексуального объекта. Если *угроза со стороны отца слаба* (отец не делает замечаний, не ругает за частые контакты с матерью и т.п.), то мальчик совладает с напряжением и впоследствии способен найти другие женские фигуры, заменяющие мать. В этом случае отцовская фигура может выступать образцом поведения и развивает у мальчика здоровую мужественность.

У девочек [5, 9] половое развитие проходит менее сложно. Это обусловлено тем, что объект первой любви девочки ее мать, которая совпадает с ней по полу. Таким образом, у девочки уже с первых минут ее существования возникает препятствие для развития влечения к лицам своего пола, т.к. она должна иметь «нечто» для обладания матерью. Для реализации своей природной роли девочка должна отказаться от своей первой любви к матери и для многих, по З. Фрейду это сложно, и, они отвергают это желание, как и желание иметь пенис, т.е. переключиться на своего отца.

Вместе с тем, Р. Столлер поддерживает положение З. Фрейда о врожденном влечении, как к мужчинам, так и к женщинам, т.е. наличие в человеке определенного пола черт противоположного. Это положение крайне важно в нашем исследовании для ответа на вопрос об особенности формирования полоролевой идентичности. Р. Столлер полагает, что эта характеристика проявляется в нормальном и в нарушенном половом развитии детей обоих полов.

Подводя промежуточный итог, следует отметить, что нормальное формирование полоролевой идентичности проявляется в том, что:

- у мальчиков достижение правильной гендерной идентичности проходит через приобретение мужественности в борьбе с эдиповым конфликтом, где желание обладать матерью борется со страхом кастрации со стороны отца;

- у девочек обретение женственности также проходит через эдипов конфликт, но связывается это через желание обладать своим отцом, опасаясь гнева своей матери.

Выделяют и нарушение этого развития в случае, если страх или фрустрация достаточно сильны для ребенка, то это вызывает отказ детского желания, направленного на родителя противоположного пола. По мнению З. Фрейда это происходит:

- у мальчиков – если он напуган жестким отношением отца, его

агрессивным поведением и высокими требованиями, то мальчик идентифицирует себя с женским полом (матерью) для возможности построения отношений с отцом и использует женственность для маскировки и проявления нарочитой привязанности к отцу (идентификация с матерью для построения отношений с отцом по женскому варианту);

- у девочек, не справившихся с переживаниями иметь пенис и обладать матерью, проявляется устойчивость к «бисексуальному растворению собственного пола» [34].

Помимо *врожденности* влечения к мужчинам и женщинам у обоих полов, в современных психоаналитических концепциях просматривается рассмотрение *места развития* психологической бисексуальности, основанной на *бессознательной идентификации* детей с *обоими родителями.* Согласованность современных и классических психоаналитических концепций четко определяет место коррекции бисексуальности, которым выступают диадные отношения ребенка с матерью, где определяется и фиксируется *ядерная половая идентичность*.

В современном психоаналитическом подходе наблюдается динамика в отношении ядерной половой. Так, если З. Фрейд считал, что ранняя идентичность у детей, не зависимо от пола, обладает маскулинным характером, то Р. Столлер [34], Н. Чодороу [12] предлагают рассматривать феминный характер этих отношений, и связывает формирование ядерной половой идентичности с тремя факторами: анатомия и физиология гениталий ребенка; отношения родителей, братьев, сестер, ровесников с ним; его биологическая сила. По их мнению, эти факторы взаимодействуют, и их сила может надежно обеспечивать маскулинность, необходимую для продолжения рода. Вместе с тем, Р. Столлер отмечает, что эти факторы не выступают обязательными и возможно следующее: «Неадекватность внешних гениталий… у мальчика, может не разрушить способность к формированию четкой половой идентичности при условии, что у родителей не было сомнений в том, что их ребенок мужского пола» [33]. Каждый раз это подчеркивает важность семьи и семейных отношений в формировании ребенка и всех компонентов его идентичности [4, 11, 16].

Таким образом, следует отметить, что любой ребенок (имеем в виду наличие матери) сначала идентифицирует себя с материнской

фигурой, так как отношениями с ней наполнены первые шаги после рождения любого человека.

Значимое влияние ядерной половой идентичности в развитии идентичности Я отмечает О. Кернберг [5]. Он считает, что ядерная половая идентичность это – основа формирования Эго-идентичности.

Развитие Эго-идентичности происходит в процессе развития ребенка в отношениях со своими родителям и в рамках определенной структуры семьи. В рамках семейной структуры родители выполняют определенные роли и выступают транслятором этих ролей своему ребенку. Именно эта трансляция, основанная на социокультурных нормах, и требует различения пола и гендера. Р. Столлер был первым в рассмотрении этого вопроса и в 1958 г. ввел термин «гендер», который выступил социокультурным конструктом социального пола. В 1963 г. он высказался о необходимости различения биологической и культурологической составляющей при анализе пола [34]. Гендер олицетворяет силу культурных норм, требующих определенного поведения от мужчины и женщины в соответствие с ожиданиями социума. Эти нормы очерчивают границы гендерных ролей.

По мнению Н. Чодороу [12], мальчик для принятия гендерной роли должен отделить себя от матери, а девочке это не требуется. Это позволяет отметить, что мальчик скорее отделяет мужественность от женского, что не связано с женщинами, т.е. строит свою идентичность от противного. Еще одно важное заключение автора связано со значимой ролью семьи, где воспроизводится гендерная роль и ожидания ее реализации. Процесс идентификации женщины развивается на основе и в отношениях, а у мужчины через отрицание отношений (*прим. авторов* – с матерью).

На основе ядерной половой идентичности происходит формирование *полоролевой идентичности*, отличающейся включением различных, обусловленных полом, форм сознательного и бессознательного взаимодействия с другими. О.Кернберг, Ф. Тайсон, Р.Л. Тайсон выделяют факторы, влияющие на формирование полоролевой идентичности, которая выступает репрезентацией самости личности и возникает после рождения в отношениях «ребенок-родитель». Среди факторов они отмечают: установки каждого из родителей в отношении пола своего ребенка; особенности восприятия отцом и матерью себя как представителя

своего пола; особенности отношений родительских фигур с другими. На основании указанных факторов О. Кернберг, Ф. Тайсон, Р.Л. Тайсон дифференцируют половую идентичность, полоролевую идентичность [5, 9] (см табл. 1).

Таблица 1.

Содержание понятий половой и полоролевой идентичности

Понятия	Содержание понятия
Половая идентичность	«…к какому полу он или она причисляют себя» (Кернберг, 2018). Это понимание закладывается при рождении ребенка, что обусловлено биологическими, психологическими, социальными и культурными факторами. Идентификация мужественности мальчиков и женственности девочек начинается с первых месяцев их жизни, когда формируется ядро половой идентичности. Мать для девочки и для мальчика выступает базовой фигурой при формировании идентичности, а первые 2 года отношений с ней являются первой ролевой моделью отношений.
Полоролевая идентичность	Специфические психологические установки и способы межличностного поведения – основные модели социальных интеракций и специфические сексуальные проявления – характеристики, присущие мужчинам или женщинам и таким образом разделяющие их (Кернберг, 2018). Полоролевая идентичность определяется идентификацией с фигурами родителей. У мальчиков мужественность формируется через дезидентификацию с матерью и идентификацию с отцом. Это позволяет мальчику вступить в эдиповы отношения с матерью. Этот вариант развития без смены объекта ориентирует на изменение роли по отношению к объекту. Женственность девочек развивается через идентификацию с матерью.

Достаточно подробное описание теоретических положений и их динамики направлено на то, чтобы в процессе исследования определить содержание научных статей с разрабатываемой проблематикой и соотнести глубину и направленность исследования с установленными теоретическими положениями психоанализа и его современных особенностей при изучении полоролевой идентичности.

Поэтому следует учесть и базовое положение о нарушении полоролевой идентичности, прописанное в рамках половой

дисфории как стойкая убеждённость и признание наличия человеком у себя типичных чувств и реакций другого пола (любого другого пола, отличного от документально установленного) и отношение индивидом себя к какому-либо другому полу, отличному от мужского или женского, выступает не выражением его автономности или свободы самовыражения, а выступает симптомом психического расстройства [3].

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОБЛЕМ ПОЛОРОЛЕВОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ

Цель исследования – изучение проблем полоролевой идентичности и особенностей ее формирования в отечественных и зарубежных научных публикациях по психоаналитической клинической и психотерапевтической практике.

Задачи исследования:

(1) определить базовые направления исследований полоролевой идентичности в современной психоаналитической практике;

(2) выделить особенности современных подходов к понятию полоролевой идентичности и ее содержательные компоненты для применения в психологической практике;

(3) определить динамику тематики исследований и особенности изучения проблем полоролевой идентичности в психоаналитической клинической и психотерапевтической практике в сравнении с гендерными, медицинскими исследованиями полоролевой идентичности.

Гипотеза эмпирического исследования – современные отечественные и зарубежные психоаналитические клинические и психотерапевтические исследования продолжают рассмотрение вопросов формирования и развития полоролевой идентичности на основе исторически сложившегося системного подхода: факторы формирования, особенности современного развития, факторы определяющие развитие, базовые компоненты и линии развития полоролевой идентичности, а также проблемы ее формирования и прогрессирующие варианты ее нарушения.

Программа исследования проблем полоролевой идентичности научной литературе.

Этапы исследования:

1-й этап – определение цели, задач библиометрического исследования и выбор научных журналов по проблемам полоролевой идентичности для анализа публикаций.

2-й этап – реализация исследования, включающая отбор научных статей, по ключевым словам, с использованием системы фильтров, реализованных на информационных платформах издательств и журналов.

3-й этап – обработки и анализа результатов исследования, включающий качественный и количественный анализ названий, содержания аннотаций научных публикаций по проблемам формирования и развития полоролевой идентичности. На этом этапе реализован сравнительный анализ научных публикаций в психоаналитических и непсихоаналитических журналах для выделения специфики рассмотрения проблем полоролевой идентичности в клинической и психотерапевтической практике современного психоанализа.

Описание выборки исследования. Системный поиск научных статей по проблемам полоролевой идентичности в клинической и психотерапевтической практике реализован в следующем пространстве: научная электронная библиотека eLIBRARY.ru (основана в 1999 г.); онлайн информационная платформа научных исследований SpringerLink (1842 г., работает как онлайн-платформа с 1996 г.); информационная платформа книжного издательства Taylor & Francis Group (1852 г.); информационная платформа независимой издательской компании SAGE Publishing (более раннее название SAGE Publications, 1965 г.); текстовая база данных медицинских и биологических публикаций PubMed (1996 г.). Поисковые системы информационных платформ обеспечили наиболее полный анализ научных публикаций по проблеме полоролевой идентичности.

Методы исследования. Основными методами библиометрического исследования выступили:

- *система поиска научных статей по заданному текстовому запросу*, реализованная на каждой из выбранных информационных платформ. Критерием отбора научных публикаций выступило ключевое словосочетание, вводимое в фильтры системы поиска на русском/английском языках «полоролевая идентичность» («sex-role identity»).

Следует отметить, что поисковые системы зарубежных информационных платформ после ввода поискового слова ««sex-role identity» предлагали в качестве синонимов такие термины, как: «gender identity» («гендерная идентичность»), «sex roles» (сексуальная роль). Это было учтено и пространство поиска было расширено. Результатом выступил сравнительный анализ проблем полоролевой идентичности с позиции психоанализа и других направлений изучения полоролевой идентичности.

- качественный анализ названий и текста аннотаций научных статей, а также полного текста статей открытого доступа. Анализ основан на феноменологическом подходе и реализован в программе TextAnalyst 2.0. Это позволило детализировать направления исследований проблем полоролевой идентичности в психоаналитической практике и выделить ее особенности при сравнительном анализе с другими направлениями изучения этого феномена.

Процедура проведения библиометрических исследования направлений и тенденций изучения полоролевой идентичности в современной психоаналитической практике включала 4 этапа (см. рис. 1):

1-й этап – тематический отбор научных статей по проблемам полоролевой идентичности в 22 психоаналитических журналах с использованием поисковых систем журналов и информационных платформ (включая и eLibrary.ru.);

2-й этап – из массива отобранных научных публикаций исключены комментарии, обзоры, отчеты, двойные статьи, письма, некрологи и другие варианты публикаций. На этапе выделены 6275 (80,9% от общего количества) обзорных, исследовательских и клинических статей из 13 психоаналитических журналов (в скобках принадлежность журнала к психоаналитическим сообществам): Psychoanalytic Perspectives (Национальный институт психотерапии, США); Psychodynamic psychiatry (Американская академия психоанализа и динамической психиатрии; США); Psychoanalysis and history (Великобритания, издательства Эдинбургского университета, Эдинбург); Psychoanalytic dialogues (США); Psychoanalytic Social Work (Американская психологическая ассоциация, Бостонское психоаналитическое общество и институт, Международная ассоциация реляционного психоанализа и психотерапии,

Вестчестерский центр изучения психоанализа и психотерапии, США); Psychoanalytic inquiry (Американская психоаналитическая ассоциация, канадское, голландское, шведское и швейцарское психоаналитические общества, китайско-американский психоаналитический альянс, Институт Фрейда в Цюрихе); International Forum of Psychoanalysis (Международная федерации психоаналитических обществ); Contemporary psychoanalysis (Институт У.А. Уайта; Психоаналитическое общество У.А. Уайта; Великобритания); Psychoanalysis, self and context (Международная ассоциация психоаналитической психологии); Psychoanalytic Psychotherapy (Ассоциация психоаналитической психотерапии в государственном секторе и издатель Taylor & Francis, Великобритания); The Psychoanalytic study of the child (Великобритания); The Psychoanalytic quarterly (США); The International journal of psychoanalysis (Международная психоаналитическая ассоциация; Институт психоанализа (Великобритания). Перечень журналов представляет интерес при рассмотрении современных тенденций по изучению проблем полоролевой идентичности в современной психоаналитической практике и формирования профессионального представления о методах западных научных исследований по указанной проблеме.

3-й этап – базовый количественный и качественный анализ 6674 научных публикаций (отечественные и иностранные публикации) по определению направлений и тенденций исследования полоролевой идентичности в современной клинической и психотерапевтической психоаналитической практике.

4-й этап (дополнительный) возник в процессе выполнения исследований на 3-й этапе и работы с поисковыми системами (проблема описана в разделе «методы»). В результате реализован сравнительный анализ базовой совокупности научных статей (n=6674) по психоаналитической практике и статей непсихоаналитической направленности, но по проблемам полоролевой, гендерной идентичности и сексуальной роли (n=7477).

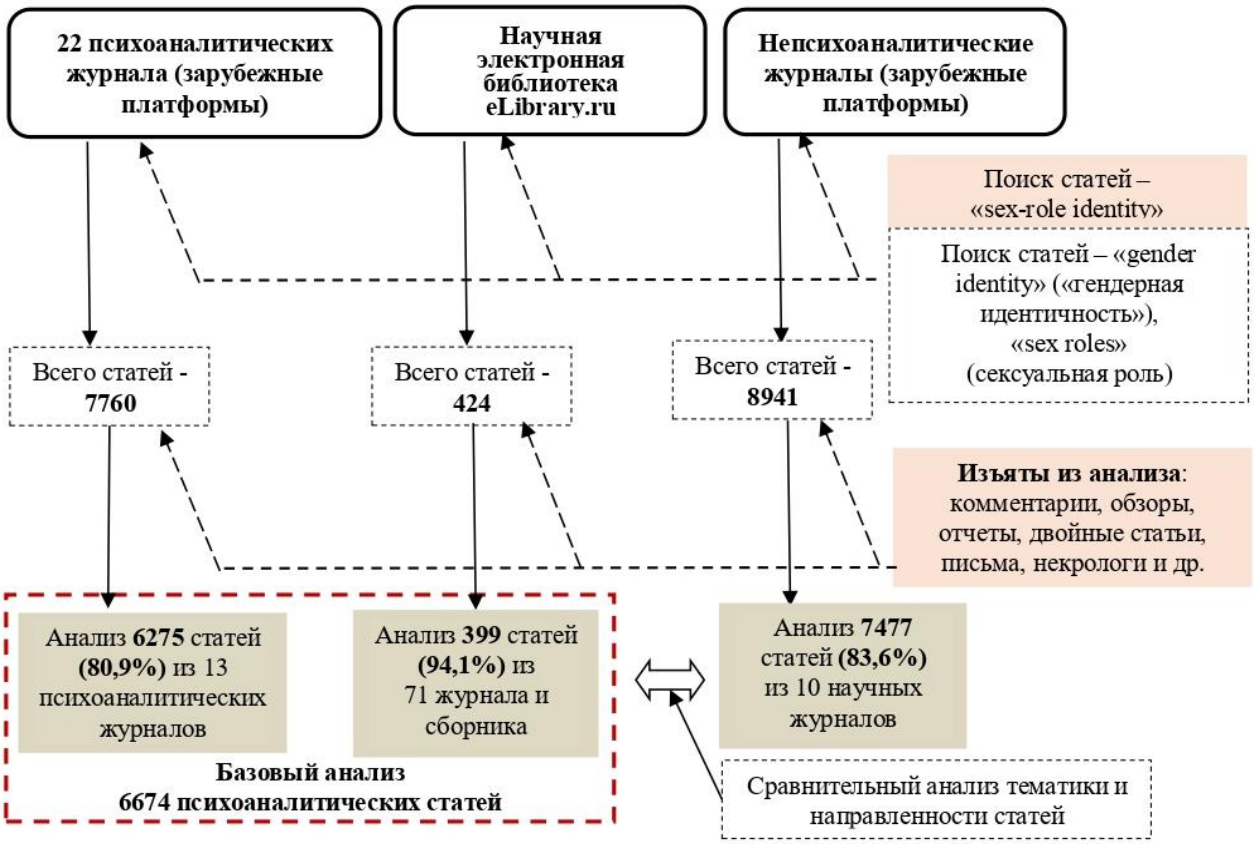

Рис. 1. Схема проведения библиометрических исследований научных статей по проблемам полоролевой идентичности в психоаналитическом подходе

РЕЗУЛЬТАТЫ БИБЛИОМЕТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

В результате базового количественного и качественного анализа 6275 научных статей (80,9 % от общего количества первоначально отобранных) из 13 зарубежных журналов по психоаналитическим исследованиям проблем полоролевой идентичности данные были систематизированы и представлены в таблице 2. Временной интервал этих публикаций составляет период в 90 лет (с 1932 года по 2023 г.) (см. табл. 2).

Таблица 2.

Общий объем и распределение научных публикаций по проблемам полоролевой идентичности в психоаналитических журналах

№ пп	Название научного журнала	Общее кол-во статей по теме / статей после отбора для анализа	Количество статей в открытом доступе	Год 1-й статьи по теме
1.	The International Journal of Psychoanalysis / Международный журнал психоанализа	1037 / 760	5	2001
2.	Psychoanalytic Dialogues / Психоаналитические диалоги	671 / 590	14	1991
3.	Psychodynamic Practice / Психодинамическая практика	367 / 250	6	1994
4.	Psychoanalytic Psychotherapy / Психоаналитическая психотерапия	331 / 271	9	1985
5.	Psychoanalytic Inquiry / Психоаналитическое расследование	819 / 709	-	1981
6.	The Psychoanalytic Quarterly / Психоаналитический ежеквартальный журнал	1934 / 1252	-	1932
7.	The Psychoanalytic Study of the Child / Психоаналитическое исследование ребенка	987 / 935	-	1945
8.	Psychoanalytic Perspectives / Психоаналитические перспективы	137 / 106	-	2003
9.	Psychoanalytic Social Work / Психоаналитическая социальная работа	268 / 246	1	1987
10.	International Forum of Psychoanalysis / Международный психоаналитический форум	378 / 343	2	1992

11.	Contemporary Psychoanalysis / Современный психоанализ	791 / 688	-	1964
12.	Psychoanalysis self and context / Психоанализ Я и контекст	140 / 125	1	2006
13.	Psychoanalysis and History / Журнал психоанализ и история	117 / 14	-	1999

Количественный анализ 399 отечественных научных статей (94,1%) из 71 журнала и сборника по проблемам полоролевой идентичности не показал определенной концентрации научных публикаций в конкретном научном издании (5,62 публикации в среднем на одно издание) и более был связан с тематическими рубриками журналов или темами конференций, представленными в сборниках конференций и трудах ученых.

Качественный анализ названий статей, текста аннотаций и статей открытого доступа позволил выделить базовые направления исследования полоролевой идентичности. В каждом из представленных направлений представлена иерархия проблем на основе количества научных публикаций.

1-е направление – исследования базовых положений полоролевой идентичности в современной психоаналитической практике – 27,1% (количество статей – n=1806). Направление объединяет 4 группы проблем.

Значительная часть статей (n=717 статей, 10,7 %) рассматривает изучение позиции психоанализа к понятиям «пол», «гендер» и раскрывает их характеристики, а также проводит сравнительные аналогии с рассмотрением этих положений в медицине, социологии, социальных науках, юриспруденции**.**

Вторым проблемным узлом (n=552, 8,3 %) выступает изучение в рамках психоаналитической практики влияния полоролевой идентичности на физическое и психическое здоровье населения.

Третья проблема (n=419, 6,3 %), определена как изучение и разработка с позиции психоаналитического подхода психодиагностических инструментов для изучения полоролевой идентичности (в структуре идентичности человека, в структуре семейных отношений и др.).

Четвертой обобщенной группой проблем направления

выступают сложности реализации психоаналитических клинических и психотерапевтических исследований психического здоровья и интерпретации их результатов из-за спутанности и нечеткости научных определений, отсутствия согласованной позиции по содержанию и соотношению понятий «пол» и «гендер» в различных видах практики (n=118, 1,8 %).

Следует отметить, что самое масштабное направление психоаналитических исследования проблем полоролевой идентичности связано с борьбой за прояснение теоретического содержания понятия идентичность и его четкого обозначения для детального понимания личности современного человека и тенденций его развития. По мнению M. Alvesson, K. Lee Ashcraft и R. Thomas само понятие «идентичность» в современном мире стало «основным означающим» во многих гуманитарных и социальных науках [14]. Вместе с тем, спецификой современного психоанализа в исследовании полоролевой идентичности выступает рассмотрение ее развития на базе процессов проекции, интроекции, а также компромиссов, лежащих в ее основе [27].

Значительное количество авторов статей отмечают, что свобода «выбора» вышла на передний план большинства научных дискуссий о конструировании современной полоролевой идентичности. Практически каждая 8-я статья данного направления (n=229, 12,7 %) в качестве аргументов разнообразия идентичности приводит ориентацию современной культуры в западных странах на свободу выбора и право на самореализацию. Эти принципы занимают доминирующее положение в жизни и задают требования более гибкого поведения и открытость изменениям, что находит свое воплощение в способности человека настраивать свое тело и его идентичность основывается на «приобретательских имитациях» [26], где имитация превалирует над идентификацией, и в первую очередь над полоролевой [21].

Значительное влияние полоролевая идентичность оказывает на психическое здоровье. Так у представителей ЛГБТ+ сообщества наблюдается повышенный риск психических расстройств, среди которых депрессии, беспокойства, самоубийства и членовредительство [23, 29]. Ряд авторов [25] отмечают, что риски варьируются в разных группах сексуальных меньшинств, но по сравнению с гетеросексуальными и цисгендерными людьми, у

представителей сообщества в 2 раза выше вероятность попытки самоубийства, депрессии и тревожных расстройств. В опросах населения США 29,4 % молодых людей с гендерными особенностями сообщили о попытках самоубийства в 2020 г., по сравнению с 6,4 % гетеросексуальной молодежи, а 41 % сообщили о более ранних попытках самоубийства и более 90% этих попыток совершены ими в возрасте до 25 лет [20].

Вместе с тем, значительная часть представителей ЛГБТ-сообщества часто откладывают или отказываются от обращения за лечением из-за опасений по поводу дискриминации [31], а также из-за рассмотрения их идентичности как психических отклонений [17].

2-е направление – особенности современных подходов к понятию полоролевой идентичности и ее содержательных компонентов (n=729, 10,9 % от общего количества статей). Это направление объединило следующие проблемы:

Первая проблема направления объединяет статьи (n=331, 5,0 %) по оценке вклада тела, социального пола и сексуальности в понятие идентичности, а также определение их различий и веса этого вклада в ее формирование.

Вторая проблема, выделенная в научных статьях, посвящена исследованию устойчивости желания «быть трансгендером» как организующая идентичность подростков и молодых людей, проявляющаяся после полового созревания и не сопровождающаяся с предшествующим конфликтом по поводу пола как такового (n=202, 3,0 %).

119 (1,8 %) психоаналитических статей посвящены проблеме неоднородности несовпадение гендерных идентичностей и опыта их исследования. Интересным выступает рассмотрение еще одной проблемы, которая определена как изучение способности «несовпадающей идентичности» включать в себя все гендерные различия и сексуальные предпочтения, а также рассмотрение ее как мощного инструмента активизации и личной идентификации в современном обществе (n=77, 1,1 %).

Материал статей посвящен рассмотрению вклада образа тела и открывшихся возможностей его трансформации благодаря развитию технологий в биологии, кибернетике и медицине. Авторы указывают, что теперь манипуляция телами в реальности и виртуальном мире достижима и позволяет проявить любую неустойчивость в

идентичности. Именно тело занимает центральное место в построении и разрушении согласованности полоролевой идентичности. Тело позволяет ярко и наглядно отразить опыт людей, идентифицирующих себя как несовпадающих с гендерной идентичностью, и стремящимися трансформировать его в соответствие с субъективном опытом полоролевой идентичности.

Следует отметить, что в большинстве психоаналитических статей основанием для анализа полоролевой идентичности выступают положения О. Кернберга [5] и Столлера [8], которые считают, что полоролевая идентичность, то есть принятая в том или ином обществе норма поведения, типичная для женщин и мужчин и она тесно связана с психосоциальными факторами. Практически каждая 5-я статья (n=155, 21,3 %) данного направления затрагивает вопрос о том, что развитие состояния, при котором гендерная идентичность человека не соответствует его зарегистрированному при рождении полу, не зависит от генетических, гормональных или физиологических генитальных отклонений, а более обусловлено значимыми нарушениями ранних психосоциальных взаимодействий и, как правило, в семье. Так, отдельные авторы рассматривают сравнительные психоаналитические исследования взрослых с проблемами полоролевой идентичности и детей с аномальной половой идентификацией, представляющих данные об особенностях паттернов отношений родителей и детей. Результаты исследований показали, что мужчины имели, как правило, матерей с выраженными бисексуальными чертами и отсутствующих, инфантильных отцов. Отношения с такой матерью провоцируют стирание у мальчика мужских качеств, более жесткой идентификации с матерью и, практически полному, отказу от мужской роли, не признаваемой ею из-за неудачной реализации роли отцом. Женщины обычно имеют отвергающую мать и отсутствующего отца. Такие родители не способны поддержать девочку в ее женской роли или очертить границы этой роли (позиция отца), что провоцирует замещение мужской ролью в отношениях с матерью. Эта мужская роль дочери поддерживается матерью за счет ее способности контролировать дочь и воссоздается чувство полноценности в семейных отношениях.

Ценность психоаналитического взгляда на полоролевую идентичность заключается в понимании связи тела и его сексуальной функции и указывает, что это «слегка связанное созвучие, а не жестко

скованное отображение» [26]. Это позволяет понимать психические инвестиции, заложенные в теле, как ключ в понимании субъективного опыта воплощения и они могут отражать субъективные теории о своей идентичности. Тело выступает основным местом записи и содержания бессознательного, а без него тело представляет «реальную» плоть и кости. Такое представление дает возможность к диагностике и познанию исследуемых связей в полоролевой идентичности, ее разнообразия в социальных и гендерных проявлениях, субъективного опыта ее воплощения, а также бессознательных идентификаций тела и психической функции модификации тела.

Достаточно важным выступает вопрос об объединении в группу «несовпадающей идентичности» всех существующих гендерных различий и сексуальных предпочтений, что стало мощным течением активизации и личной идентификации для людей, имеющих проблемы в полоролевой идентичности. К сожалению, вместо индикатора маргинальности, понятие «транс» стало культурным объектом [36] и в настоящее время наблюдается рост числа людей, не справляющихся со своим развитием, построением отношений, а также с сексуальностью и гендерной ролью, причисляют себя к группе людей с несовпадающей идентичностью. Вместе с тем, многие из них не собираются реализовывать полный переход к «выбранному» полу, но изменяют свое тело. В России и ряде стран приняты законодательные акты регулирующие эти процессы.

Определение динамики тематики психоаналитических исследований и их особенностей в сравнении с гендерными, медицинскими исследования полоролевой идентичности было определено как *третье направление исследований* (n=747, 11,2 %).

Первая проблема была обозначена, как особенности психотерапии с молодыми людьми при нарушении полоролевой идентичности и сложности для специалистов при работе с семьями (n=299, 4,5 %).

Исследованиям с помощью различных теорий/подходов: индивидуальной половой/гендерной самооценки; пола, назначенного при рождении, и текущей половой/гендерной идентичности посвящено 211 статей (3,7 %).

В качестве третьей проблемы в этом направлении обозначены психоаналитические исследования социальных категорий, связанных

с интерсекциональностью (например, социально-экономическое положение), образом жизни и психосоциальными факторами, влияющими на развитие полоролевой идентичности и ее стабильности (n=179, 2,7 %).

Еще одной проблемой выступили работы, посвященные использованию психодиагностических инструментов для: оценки интернализованных половых/гендерных ролей и внешних половых/гендерных выражений; определения необходимости разработки и валидности подходящих инструментов оценки истинного биологического пола, сексуальной ориентации и этнической/культурной идентичности (n=58, 0,9 %).

При рассмотрении организации психотерапевтической работы с людьми, имеющими нарушения полоролевой идентичности, в статьях выделены следующие сложности, с которыми могут столкнуться специалисты:

- понимание «несовпадающей идентичноти» необходимо воспринимать как пересечение особенности индивидуальной психодинамики развития и социокультурных процессов, в которые был вовлечен пациент;

- следует обратить внимание на индивидуальное отношение к телу и его роли в развитии и поддержании идентичности, а также как в процессе идентификации способ фиксации на телесном становится способом управления нарушениями идентичности или ее фрагментацией.

В статьях (n=119, 15,9 %) сделан акцент на том, что идентичность пациента как представителя определенного меньшинства обнажается в процессе психотерапии. Авторы отмечают, что не следует оценивать личность через один из аспектов человека, а идентичность представителя определенного сообщества связана с несколькими идентичностями. Это, прежде всего, то, как человек идентифицирует себя с ролью: ребенка, сиблинга, родителя, супруга/партнера, профессионала, руководителя, гражданина своего города и страны, представителя своей нации и конфессии [4, 11, 16, 19]. Естественно, что это требует разработки или адаптации психодиагностического инструментария для: оценки этих идентификаций, ролей и других характеристик личности [13].

Согласованность с указанными ролями оказывает влияние на то, что даже если полоролевая идентичность пациента не выступает

проблемой его обращения, ее влияние на процесс психотерапии велико. Чаще всего, по мнению авторов [26], развитие и взросление представителей сообщества следует рассматривать как другой социальный и культурный опыт (следует вспомнить варианты разрешения эдипова конфликта – представлены ранее).

Спецификой психотерапии с пациентами с проблемами по полоролевой идентичности выступает то, что их обращению часто предшествует длительный период попыток самостоятельно разобраться в себе и адаптироваться в обществе. Адаптация, по мнению психоаналитических исследователей [5, 19, 26], составляет достаточно широкий диапазон у пациентов от открытой жизни в среде, поддерживаемой сообществом ЛГБТ+ и до отношений в сообществах, где пациенты должны скрывать свою идентичность от друзей, родственников и членов семьи.

Вместе с тем, психоаналитические психотерапевты отмечают, что в процессе психотерапии у пациентов с проблемами полоролевой идентичности могут возникать проблемы, сходные с гетеросексуальными пациентами, но в качестве специфических были определены следующие: (а) стресс меньшинств, связанный с тем, что такие лица более подвержены большему риску психических расстройств в результате стигматизирующего отношения, дискриминационной политики и других факторов социального стресса, что вызывает у них стресс, предрассудки, враждебность и ожидание отвержения [28]; (б) скрытность/замкнутость, вызванная распознанием определенных характеристик самости, что вызывает трудности точной оценки восприятия себя другими и вредно для самооценки, через затруднение признание собственных достижений [15]; (в) «выход из туалета» или «раскрытие себя», означающее рассказ другому о своей ориентации – это событие распознается как первый субъективный опыт внутреннего узнавания, как «возвращение домой» или «узнавание того, кто я есть на самом деле», осознание того, что ранее было неприемлемо или как восстановление отрицаемых переживаний [17, 18], а также открытие других и страх быть отвергнутым [5]; (г) психотерапевтический поиск «причин» сексуальной ориентации и гендерной идентичности, основанный на желании пациента найти нарратив, объясняющий его «отличие» от большинства, который принимают три формы: теории нормальных вариаций, теории патологии и теории незрелости [18].

Следует также отметить, что для таких пациентов их собственная этиологическая теория «отличия», всегда имеет личное значение и аффективный заряд [19], а для психотерапевтов знание истории психиатрии и теории о ЛГБТ [17] выступает важным элементом в понимании обиды, избегания и сопротивления у таких пациентов.

Четвертым направлением выступили специальные темы психоаналитических исследований полоролевой идентичности – 41 (0,06%). Среди проблем этого направления следует выделить следующие (количественные показатели по проблемам не представлены, т.к. более важным выступает обозначение самих проблем):

- роль редакторов, администрации научных журналов и редакционной политики при формулировании требований/правил представления результатов исследований вопросов пола и гендерной идентичности;

- исследование содержания контента в социальных сетях, средствах массовой информации и его влияние на провоцирование парасоциальных отношений, нарушений полоролевой идентичности респондентов;

- рассмотрение полоролевой, гендерной идентичности в рамках политических выступлений, государственных и социальных программ.

Редакторы и политика научных журналов как «привратников науки», определяет этические рамки самих публикаций и влияют на проведение исследований по проблемам гендера [22, 24]. Это утверждение основано на росте опасений по поводу качества публикаций, что вынуждает редакторов журналов, издателей и профессиональные ассоциации внедрять инструкции для публикаций. Инструкции определяют этическую проверку исследований и в первую очередь в клинических испытаниях [38], отчетах о систематических обзорах [30] и рандомизированных контролируемых исследованиях [32].

С одной стороны, эти меры направлены на повышение качества и прозрачности сообщаемых данных, но они же вызывают продвижение гендерно-ориентированного анализа исследовательских данных в науке и обществе. Продвижение заключается в том, что редакторы задают спектр действий авторов статей от определения уместности анализа данных с учетом пола до отсутствия в политике журналов рекомендаций, учитывающих пол и

гендер при разработке исследований и отчетности.

Вместе с тем, отсутствие четкого теоретического подхода некоторых авторов статей и редакции журналов к понятиям «пол», «гендер», «полоролевая идентичность» вызывают сложности при представлении данных, а руководящие принципы журналов и самих публикаций не содержат четких положений гендерного разнообразия населения и отношения к нему.

Следует отметить, что большинство исследований не смогут выявить различия в определенных эффектах для гендерно-разнообразных групп населения в силу отсутствия четких научных определений этого разнообразия, отношения к нему с позиции науки, высокой динамики возникающих обозначений разнообразия, а также поддержки этого разнообразия с позиции социально-политических течений.

Количественные данные исследования. На рис. 2. представлена взаимосвязь мероприятий профессиональных ассоциаций, союзов и сообществ, и первых (сигнальных) научных статей по исследованию различных проблем полоролевой идентичности, выделенных при изучении указанной проблемы в отечественном и зарубежном научном пространстве по психоаналитическому и непсихоаналитическому направлению. Временной интервал рассмотрения проблем полоролевой идентичности и представления результатов исследований в научных публикациях охватывает период более 90 лет (с 1932 г. – The Psychoanalytic Quarterly / Психоаналитический ежеквартальный журнал).

Динамика публикаций достаточно четко определяет активность в создании неаналитических журналов, которые представляют данную проблему с разных позиций нетрадиционных взглядов, о чем говорят названия журналов (выделены 10 журналов, объединяющие 83,6 % статей)

Активность в создании журналов, связывают с реактивным ходом, связанным с реализацией мероприятий, обозначенных на рис. 2.

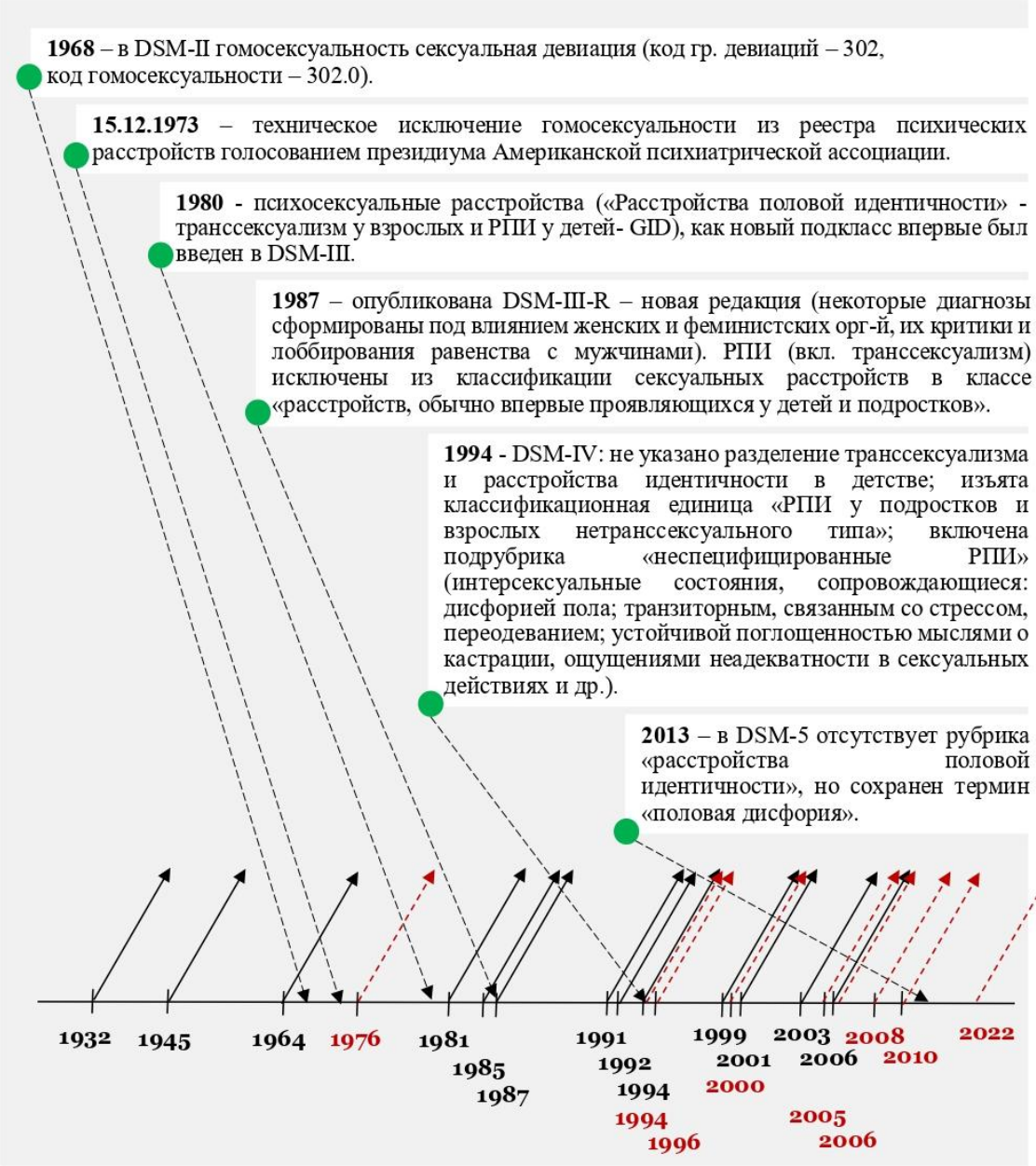

Рис. 2. Взаимосвязь мероприятий профессиональных сообществ и активности издания научных публикаций по результатам исследований проблем полоролевой идентичности

Примечание: (1) сокращение РПИ – расстройства половой идентичности; (2) черным цветом выделены годы выпуска первых статей и сам факт публикации (стрелки) по проблемам полоролевой идентичности в психоаналитических журналах. Красным цветом выделены первые публикации в непсихоаналитических журналах; (3) прописаны мероприятия профессиональных сообществ, разрабатывающих диагностические и статистические руководства по психическим расстройствам, оказавшие влияние на рассмотрение проблем полоролевой идентичности в научных исследованиях.

Именно изменение политики профессиональных медицинских сообществ, часто под давлением социально-политических движений, и привело к внесению изменений в базовых документах по диагностике психических расстройств (МКБ и DSM), в первую очередь расстройств половой идентичности. Это изменило и продолжает менять отношение простых людей в западных странах к проблеме пола, гендера и их взаимоотношений. Эта тенденция может вызывать изменения, нет не политики государств, а распределения и усиления внимания к данной проблеме в рамках научных подходов.

Следует заметить, что после указанных мероприятий (см. рис. 2) число журналов по определеной тематике резко возросло, что, безусловно, повлияло, с одной стороны, на включенность в рассмотрение проблемы полоролевой идентичности ученых разных направлений и ее рассмотрение, а, с другой стороны, это принудительная трансляция жизни этих представителей и сообществ, проведение сравнительных исследований и формирование отношения к ним как «естественности» психической и социальной реальности общества. Вот несколько примеров, позволяющих оценить размывание негативного внимания транс-ориентации родителей на своих детей: «…результаты показывают, что *гендерная идентичность родителей не оказывает негативного влияния на то, как дети и подростки воспринимают свои отношения с родителями*, но может иметь отношение к их опыту, как дома, так и за его пределами». В другой публикации в «Международном журнале гендерного здоровья» за 2023 г. указано: «Отсутствие РКИ (рандомизированных контролируемых исследований – *прим. авторов*), посвященных влиянию гендерно-подтверждающей помощи на психическое здоровье подростков с несовпадением гендерной идентичности не означает, что гендерно-подтверждающие вмешательства основаны на недостаточных доказательствах. С учетом методологических ограничений РКИ, дополнительные и хорошо спланированные обсервационные исследования (исследования, основанные на методе наблюдения – *прим. авторов*) предлагают более надежные научные доказательства, чем РКИ, и их необходимо считать достаточно качественными для руководства клинической практикой и разработки политики». Этот пример показывает, что транс-группа настаивает и предлагает «свои» нормы и эти различия преподносят такие исследований, как «не опровергаемое» в научном сообществе.

Представленные данные из непсихоаналитических журналов *не являлись* первоначально целью нашего исследования, но при задействовании поисковых систем, по ключевым словам «gender identity» («гендерная идентичность»), «sex roles» (сексуальная роль), они были включены в наш обзор и показали, что эти термины в 91,2% случаев принадлежат именно этим журналам.

В отечественных статьях мероприятия (см. рис. 2) указаны в 29,8 % (n=119) статей, в психоаналитических журналах 33,7 % (n=2117) и в непсихоаналитических – только 13,5 % (n=1009). Это показывает, что исследования отечественных психоаналитических журналов подкреплены документально методологическими, диагностическими и статистическими нормами к использованию при оказании психологической помощи и лечении психических расстройств. Вместе с тем, одним из специфических моментов, оказывающих влияние на низкий показатель упоминания документов по организации диагностики и лечения расстройств половой идентичности в научных статьях выступает редакторская политика некоторых журналов. Так, в 4 психоаналитических статьях обращено внимание на то, что редакторы отдельных непсихоаналитических журналов прописывают в требованиях к публикации открытый отказ от упоминания отдельных терминов или равенства использования терминов «пол» и «гендер». Это может оказывать влияние на библиометрические параметры журналов (см. пример в табл. 3).

Таблица *3.*

Сравнительный анализ библиометрических показателей журналов (психоаналитического и непсихоаналитического)

Название журнала	Международный журнал психоанализа / The International Journal of Psychoanalysis (1920 г.)	Семья ЛГБТК+: междисциплинарный журнал / LGBTQ+ Family: An Interdisciplinary Journal (2022 г.)
загрузок/просмотров статей в год	128.000	76.000
уровень принятия материалов	33 %	44 %
CiteScore (Scopus)	1,3 (2021)	3,9 (2021)
кол-во статей открытого доступа	3	759 (в 253 раза больше)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В исследовании предпринята попытка разобраться с позиции психоаналитического подхода в современных проблемах полоролевой идентичности и провести сравнительный анализ широты и глубины рассмотрения данной проблемы. Психоаналитический подход выбран авторами с учетом достаточно продолжительной истории и глубокого изучения этой проблемы с позиции теории и практики на протяжении его существования.

Проведенный анализ научных публикаций позволил отметить:

1. Публикации в психоаналитических научных журналах по проблемам полоролевой идентичности фундаментально подходят к исследованиям указанной проблемы и на всем протяжении истории ее разработки уделяют ей одно из центральных мест. На протяжении всей истории исследований указанной проблемы психоаналитический подход учитывает культурные, социальные и научные традиции, сохраняет критическую оценку результатов исследования.

2. В качестве базовых направлений психоаналитических исследований проблем полоролевой идентичности определены следующие (иерархия направлений выстроена по объему публикаций): (а) исследования базовых положений полоролевой идентичности в психоанализе; (б) выделение особенностей современных подходов к понятию полоролевой идентичности и ее содержанию; (в) определение динамики тематики психоаналитических исследований и их особенностей в сравнении с гендерными, медицинскими исследованиями полоролевой идентичности; (г) специальные темы психоаналитических исследований полоролевой идентичности, включающие: роль редакционной политики при формулировании требований и правил научных публикаций; влияние контента различного типа на провоцирование парасоциальных отношений и нарушений полоролевой идентичности у респондентов; рассмотрение полоролевой, гендерной идентичности на политическом уровне, в рамках государственных и социальных программ.

3. Научные публикации в психоаналитических журналах согласовывают редакционную политику с теоретическими положениями, требованиями базовых профессиональных руководств

и актуальными проблемами современного общества. Психоаналитические публикации уделяют значительное внимание профессиональной деятельности в области психотерапевтической работы, которая ориентирована на рассмотрение проблем полоролевой идентичности в рамках «норма-патология», детального изучения ее проявления и операционализации новой терминологии, разработке и адаптации новых психодиагностических средств и способов их применения, а также изучения особенности психотерапевтического процесса с представителями различных представителей определенных сообществ.

4. Анализ научных публикаций позволил установить, что значительное количество мероприятий профессиональных научных сообществ по изменению диагностических руководств и классификаций психических расстройств (МКБ-11 и DSM-5), проведенных достаточно часто, под давлением различных социальных и политических течений привело не только к привлечению внимания к проблеме, но и спровоцировало появление значительного количества научных журналов, ориентированных на «перевод» рассмотрения проблем формирования полоролевой идентичности с позиции ее разнообразия и естественности в жизни общества. Это привело к проведению значительного количества исследований, которые не всегда удовлетворяют научным принципам, но их результаты более доступны для общества.

Литература

1. Бриттон Р. Недостающее звено: родительская сексуальность в эдиповом комплексе // Психоаналитические концепции психосексуальности / Под ред. А. В. Литвинова, А. Н. Харитонова. М.: Русское психоаналитическое общество, 2010. С. 260-275.

2. Введенский Г. Е., Матевосян С. Н. Методологические проблемы стандартов оказания медицинской помощи лицам с расстройствами половой идентификации // Социальная и клиническая психиатрия. 2016, т. 26. № 3. С. 92-95.

3. Жмурин И. Е. Гендерные особенности личностных детерминант конфликта супругов в сферах семейных отношений // Человеческий капитал. 2020. № S4 (136). С. 314-324.

4. Кернберг О. Ф. Отношения любви: норма и патология / Пер. с англ. М.Н.Георгиевой. М.: Независимая фирма «Класс», 2018. 256 с.

5. Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу / Пер. с

франц. и научн. ред. Н. С.Автономовой. 2-е изд. перераб. и доп. СПБ.: Центр гуманитарных инициатив, 2010. 751 с.

6. Психоанализ: новейшая энциклопедия / Сост. и общ. ред.: В. И.Овчаренко, А. А.Гришанов. Мн.: Книжный Дом, 2010. 1120 с.

7. Столлер Р. Ощущение принадлежности к мужскому полу // Психоаналитические концепции психосексуальности / Под ред. А. В.Литвинова, А. Н.Харитонова. М.: Русское психоаналитическое общество, 2010. С. 112-122.

8. Тайсон Ф., Тайсон Р. Л. Психоаналитические теории развития / Пер. с англ. М.: «Когито-Центр», 2006. 407 с.

9. Фрейд З. Я и Оно // Я и Оно: Сочинения. М., 2004. С. 839–860.

10. Чумичёва И. В., Жмурин И. Е. Взаимосвязь уровня идентичности супругов с характеристиками отношений супругов и взаимодействием в конфликтных ситуациях в семьях с разной структурой // Человеческий капитал. 2020. № S12-2. С. 23-30.

11. Чодороу Н. Воспроизводство материнства: Психоанализ и социология гендера. М.: Российская энциклопедия, 2006. 496 с.

12. Abbruzzese E., Levine S.B., and Mason J.W. The Myth of «Reliable Research» in Pediatric Gender Medicine: A critical evaluation of the Dutch Studies – and research that has followed // Journal of Sex & Marital Therapy, 2023. DOI: 10.1080/0092623X.2022.2150346 (дата обращения: 28.03.2023)

13. Alvesson, M., Lee Ashcraft, K., and Thomas, R. Identity Matters: Reflections on the Construction of Identity Scholarship in Organization Studies // Organization. 2008. 15(1), 5–28. https://doi.org/10.1177/1350508407084426 (дата обращения: 28.03.2023)

14. Bromberg, P.M. Speak! that I may see you»; some reflections on dissociation, reality, and psychoanalytic listening // Psychoanalytic dialogues. 1994. 4(4), 517-547.

15. Chumicheva I.V., Zhmurin I.E., Shmelev I.M. Personal identity of marriage partners as the determiner of their conflict // Bioscience Biotechnology Research Communications. 2020. Т. 13. № S9. С. 63-70.

16. Dulcan M.K. Dulcan's textbook of child and adolescent psychiatry. Third edition. Chapter 27. Gender and sexual diversity in childhood and adolescence. American Psychiatric Association. 2018. https://doi.org/10.1176/appi.books.9781615374809.md27 (дата обращения: 28.03.2023)

17. Gaddini, E. On imitation // The International Journal of Psycho-Analysis. 1969. 50, 475.

18. Golec de Zavala, A., Bierwiaczonek, K., Baran, T., Keenan, O., and Hase, A. The COVID-19 pandemic, authoritarianism, and rejection of sexual

dissenters in Poland // Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity. 2021. 8(2), 250-260. http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000446 (дата обращения: 28.03.2023)

19. Gower, A.L., Rider, G.N., McMorris, B.J., and Eisenberg, M.E. Bullying Victimization among LGBTQ Youth: Current and Future Directions // Current sexual health reports. 2018. 10(4), 246–254. https://doi.org/10.1007/s11930-018-0169-y (дата обращения: 28.03.2023)

20. Heidari, S., Babor, T.F., De Castro, P., Tort, S., and Curno, M. Sex and Gender Equity in Research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use // Research integrity and peer review. 2016. 1, 2. https://doi.org/10.1186/s41073-016-0007-6 (дата обращения: 28.03.2023)

21. Lemma A. Psychoanalysis in times of technoculture: Some reflections on the fate of the body in virtual space // The International Journal of Psychoanalysis. 2015. 96:3, 569-582, DOI: 10.1111/1745-8315.12348 (дата обращения: 28.03.2023)

22. Morton, M.H., Dworsky, A., Matjasko, J.L., Curry, S.R., Schlueter, D., Chávez, R., and Farrell, A.F. Prevalence and Correlates of Youth Homelessness in the United States // The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine. 2018. 62(1), 14–21. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.10.006 (дата обращения: 28.03.2023)

23. Panic, N., Leoncini, E., de Belvis, G., Ricciardi, W., and Boccia, S. Evaluation of the endorsement of the preferred reporting items for systematic reviews and meta-analysis (PRISMA) statement on the quality of published systematic review and meta-analyses // PloS one. 2013. 8(12), e83138 (дата обращения: 28.03.2023)

24. Schulz, K.F., Altman, D.G., Moher, D. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials // Annals of internal medicine. 2010. 152(11), 726–732. https://doi.org/10.7326/0003-4819-152-11-201006010-00232 (дата обращения: 28.03.2023)

25. Stoller R.J. Primary femininity // Journal of the American Psychoanalytic Association. 1976. 24 (Suppi.). P. 59-78.

26. Zarin, D.A., Tse, T., and Ide, N.C. Trial Registration at Clinical Trials // The New England journal of medicine. 2005. 353(26), 2779–2787. https://doi.org/10.1056/NEJMsa053234 (дата обращения: 28.03.2023)

27. Zucker K., Lawrence A., and Kreukels B. Gender Dysphoria in Adults // Annual Review of Clinical Psychology. 2016. Vol. 12. P. 20.1–20.31.

ПСИХОТЕРАПИЯ КИБЕРЗАВИСИМОСТИ В ЭПОХУ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

А. В. ГАРАГАНОВ

Современный цифровой мир невозможно уже представить без мобильного телефона или GPT-чата. Любые гаджеты, так же, как и персональные компьютеры, ноутбуки полезны и необходимы для того, чтобы встроиться в цивилизованный цифровой мир. Но большинство людей попадают в различные виды зависимости, испытывают дискомфорт и психосоматические расстройства. Экранное время и количество минут, которые человек проводит в виртуальном пространстве, увеличивается день от дня и год от года.

Сложно высчитать, сколько минут в день человек способен обходиться без входа в виртуальное пространство. Большинство исследователей на сегодняшний день описывают тревоги человека, забывшего дома мобильный телефон или беспокоящегося о разряжающейся батарее смартфона. С помощью различных подходов объясняется компульсивное поведение индивидов, находящихся в поисках зарядки для электромобиля или пауэрбанка. Отмечается рост дискомфорта, паники, тревожных расстройств. Отсутствие меры и желание найти себя в виртуальном пространстве, решить все свои вопросы и проблемы с помощью воображения, техник визуализации, компьютерного моделирования, используя ответы искусственного интеллекта на наши вопросы – всё это становится атрибутами цифровой эпохи.

Для многих современных студентов смартфон является просто счастливым билетом для успешной жизни. Интеллектуальные технологии – это не только романы фантастов XX века, это уже материализованная форма либо очень доброй феи (Алиса, Siri), либо очень злого демона («Большой брат», системы видеоконтроля в умном городе). Любые фантазии, хорошие или плохие, сегодня могут быть реализованы с помощью интеллектуальных технологий и специальных устройств. Внедрение устройств в общественную жизнь сопровождают возникающие у населения психологические проблемы, зависимости, депрессии, дезориентация вследствие

фейковости информации, троллинга, кибербуллинга, а также влияния онлайн-субкультур. Любая зависимость от социальных сетей подразумевает, что индивид отчасти заранее устремился к такой зависимости, когда социальная сеть даёт личности выход в новое, иррациональное состояние, незнакомое ранее.

С одной стороны, интернет открывает шанс узнать актуальное, удовлетворяя жажду интереса, предоставляет возможность сказать своё слово миру, показать себя в новой роли и быть услышанным. Но, любая социальная сеть создает декомпозицию традиционной культуры и смыслов, принадлежащих ранее государству и средствам массовой информации. Из работ зарубежных и отечественных авторов известно, что как такового равенства пользователей соцсетей на сегодняшний день не существует, даже потому, что некоторые оплачивают продвижение своих аккаунтов и наращивают социальное влияние с помощью больших сумм, а все остальные просто следят за лидерами трендовых мнений. Традиционная культура превращается в находчивость, разнообразные виды удовольствий, остроумие, игру, творческую реализацию, и иногда в проявление агрессии, конфликтности (пранк, опасные эксперименты).

Руководители крупных социальных индустрий чаще всего утверждают, что не находят ничего плохого в тех технологиях, которые они продвигают, потому что любое изменение в поведении людей можно «исправить», по их мнению, другими технологиями. По их мнению, неважно, что технологии искусственного интеллекта являются новой проблемой для человечества, потому что «решение можно найти всегда», а иногда это решение может быть найдено самим искусственным интеллектом.

Популярность искусственного интеллекта растёт в геометрической прогрессии, причем во всех сферах деятельности. Разработке и внедрению технологий искусственного интеллекта, взаимодействию с нейросетями учатся студенты, педагоги и преподаватели, планирующие работать в своей области или использовать цифровые технологии для профессионального развития. За последние три года (2020 - 2023) многие европейские стартапы привлекли миллиарды долларов финансирования, для того чтобы развить эту технологию и сделать её высокотехнологичной. Но сегодня искусственный интеллект и интеллектуальные технологии – это не сфера и не область. Это то, что способствует развитию многих

аспектов человеческой личности и деятельности. Воздействие интеллектуальных технологий благодаря возможностям искусственного интеллекта будет непрерывным и неограниченным. Для многих обывателей кибертехнологии и искусственный интеллект – это самоуправляемый автомобиль или робот, обладающий антропоморфными признаками, выполняющий работы по дому. Упрощенное понимание искусственного интеллекта и технологий приводит к идее о том, что машины могут обладать собственным сознанием, когда-то «они откажутся подчиняться командам человека и смогут восстать против нас». И такое нередко мы можем видеть в голливудских фильмах и блокбастерах.

Современные знания подталкивают к пониманию признания того факта, что интеллектуальные технологии давно окружили нас, хоть и неявно, но при этом уверенно используя информацию о нашем поведении и влиянии на решения и выбор. Социальные сети, системы поиска, видеоплатформы, глобальные сетевые платформы онлайн-заказов и различного сервиса и службы навигации работают на базе интеллектуальных технологий. Умные города и камеры высоко разрешения используют онлайн-сервисы в повседневной жизни для того чтобы выдавать уникальные рекомендации, подбирать маршруты, помогать устанавливать нужные социальные связи и находить ответы на возникающие вопросы.

Ежедневное взаимодействие с интеллектуальными технологиями начинается сразу после нашего пробуждения, а точнее, порой оно инициируется будильником в мобильном телефоне. Мы заглядываем сразу в мессенджеры, социальные сети, различные сообщения от банковских структур и понимаем, что нас ждёт сегодня и с чем придется взаимодействовать. Далее, открыв заметки, мы вспоминаем, какие дела нужно сделать и как распределить своё рабочее время. С одной стороны, личность планирует свой рабочий график, а с другой стороны, этот график уже встроен в другую интеллектуализированную систему взаимоотношений, взаимодействий с тем пространством, в котором живёт.

Для нас определённый интерес представляет зависимость от гаджетов, от всех тех мобильных приложений, которые влияют на принимаемые решения, на свободу определять собственный выбор.

В психотерапии традиционно причины расстройств и неуспешности мы находим в прошлом человека, в его раннем

детстве. И то психотерапевтическое воздействие, которое мы можем сконструировать на основе анализа прошлого опыта клиента, показывает эффективность для расстройств, которые причиной имели фоновое воздействие, либо были индуцированы средой и внутренними установками индивида.

Специалисты по перинатальному развитию находят причины расстройств во внутриутробном развитии. Последователи семейной психотерапии отправляются в далёкие коридоры прошлого, в котором находят повторяющиеся семейные сценарии. Причины таких психологических расстройств и их коррекцию они связывают либо с «социальным атомом», либо с жизнью прошлых поколений. Специалисты гуманистической психотерапии видят проблемы своих клиентов как проблемы отсутствия реализации здесь и сейчас. В современной психотерапии двадцатых годов XXI века отмечается, что большое количество клиентов обращаются с проблемами, связанными с их будущим, перспективой жизни, развитием семьи, новой работой и пространством жизнедеятельности в целом. Будущее многих индивидов переплетается с их виртуальным пониманием персональной перспективы, как с некой причиной неуверенности, расстройства психосоматического здоровья, социального функционирования. Изучение такой тенденции приобретает большое значение.

В настоящее время не секрет, что завершение психотерапевтического процесса предполагает последовательную работу по моделированию детализации будущего, с созданием того сценария, в котором клиент и его семья окажутся в ресурсном состоянии. Разумеется, важна любая психотерапия и излечение поколений, и работа с настоящим, и построение перспективы, всё что позволяет разрешить конкретную проблему. И всё чаще эти методы краткосрочны. Но психотерапия, которая направлена на лечение расстройств и адаптацию личности, предполагает, что качество жизни таких клиентов должно улучшаться изо дня в день. Невозможно улучшить или излечить то, что было когда-то повреждено и не адаптировать человека к новому уровню. Поэтому повышение знаний клиентов в области психического здоровья всегда позволяет делать правильный выбор в повседневной жизни.

Отправляясь на психотерапевтическую сессию, клиент всегда приходит со своим мобильным телефоном. Кто-то оставляет его в

кармане, но не выключает звук, другие же убирают подальше, стараются перевернуть экран, но при этом в своих мыслях, рассказывая о том, что их заботит, они всё равно находятся в другом мире, в пространстве, к которому имеет доступ их мобильное устройство. Многие подбирают место для смартфона, располагая его на таком расстоянии от себя, какое предполагает спокойствие, контроль, быстрые ответы на вопросы (кто написал? от кого входящий?).

Личность в цифровом мире постоянно адаптируется к новым вызовам и артефактам. Индивиды, находящиеся, например, на деловой встрече, не могут рассчитывать на максимальное внимание во время переговоров. Терапевт, наблюдающий своего клиента, не может со стопроцентной уверенностью утверждать, что клиент находится полностью во внимании к своей проблеме и к терапевту. Клиент, замечая, что терапевт поглядывает на свои умные часы или мобильный телефон, тут же уходит в собственный мир, в свои размышления, и их коммуникация нарушается.

Проведя исследования со студентами финансового университета, мы обнаружили, что студенты, которые находятся в столовой и чаще всего кладут мобильное устройство рядом со своей тарелкой, уходят из контакта чаще и испытывают различные дисфункциональные расстройства. Многие отмечают, что им хочется совместить несколько удовольствий – еду, общение, чтение социальных сетей, рассматривание картинок, пролистывание новостей, отправку ответов собеседнику.

Реальная коммуникация сегодня выглядит фрагментированной. Она становится пунктирной линией эмоциональной и социальной коммуникации. Интеллект современного пользователя уже пронизан другими ранее неизвестными формами влияния интеллектуальных технологий. Сегодня возможно описать это явление как проявление нейросоциального интеллекта (Гараганов, 2022). Исследователи понимают, как люди взаимодействуют друг с другом в реальности, и это подчеркивает их социальность, правила, установки, ценности, но процесс изучения того, как мозг пытается удовлетворить совершенно другие потребности – информационные, когнитивные, а иногда просто повторяет те стратегии, с которыми он столкнулся в онлайн-пространстве, продолжается. Мозг воспроизводит алгоритмы,

которые были ему негласно предписаны интеллектуальной технологией или искусственным интеллектом.

Студенты, прошедшие наше исследование на Neiry Headband (4 канальное ЭЭГ, Альфа, Бета, Тета, Дельта ритмы), утверждают, что они, обращаясь к бумажным носителям информации, пытаются растянуть картинки руками, хотя явно понимают, что этого делать не нужно. Срабатывает внутренний алгоритм. Желание прослушать лекцию становится для некоторых «невыносимой мукой», потому что они хотят прослушать её на скорости, увеличенной порой в полтора и два раза (что позволяют делать онлайн проигрыватели).

А мобильный телефон, если он находится в аудитории, где идёт лекция, даже с выключенным звуком препятствует хорошему фокусу внимания, мешает кратковременной памяти, сбивает восприятие. Он меняет живую коммуникацию и непринуждённую беседу. Мобильный телефон или его отсутствие в повседневном разговоре становится частью этикета. Если индивиды после долгого расставания встретились и поглядывают в свои мобильные устройства, то чаще всего уже все понимают, данный сигнал означает что пора заканчивать встречу или необходимо сменить тему обсуждения.

Насущной проблемой является и то, как общение в социальных сетях или мессенджерах влияет на наши коммуникации, на наше мышление и принимаемые решения, текущее поведение, эмоциональный ряд, остающийся сразу после расставания с собеседником, а также все те реакции, которые индивид выдаёт в процессе коммуникации онлайн.

Согласно последним исследованиям относительно работы мозга, если на столе лежит мобильный телефон (даже выключенный), то чаще всего тема разговора будет интенсивно меняться. Такие беседы могут быть внезапно прерваны, могут уводить от серьёзных обсуждений и глубоких тем. Мобильное устройство, либо направленная камера, будет блокировать эмпатию и глубокую эмоциональную связь между собеседниками.

Маркеры эмпатичного слушания и принятия других людей за последние 20 лет сократились на 40%. Связать это можно с активным внедрением цифровых коммуникаций. Можно задаться вопросом: «Для чего проводить такое количество времени в онлайн, постоянно обмениваясь изображениями и сообщениями, если все понимают, что реальный контакт между людьми начинает слабеть?». В

краткосрочной перспективе общение в сети даёт ощущение контроля над временем и рождает новый образ самоценности, самоотдачи. Пользователи социальных сетей, предпочитая переписку прямому разговору, считают, что они контролируют объём коммуникации. Электронное письмо, сообщение в социальных сетях или пост, позволяют человеку выставить себя в более выгодном свете. Молодое поколение 17 – 20 лет использует в коммуникациях возможности GPT-чата и редакторских программ, фоторетушь. Это не позволяет им надоедать своим фолловерам, тем более, если существует пространство и граница, которая держит зрителя на цифровом расстоянии: не близко, и недалеко. Это так, как нужно тому, кто ежедневно генерирует свой новостной визуальный контент. Человеческая коммуникация многоуровневая, требующая постоянного внимания, ответственности, коммуникативной сложности. Если мы будем ежедневно видоизменять свои коммуникативные навыки и уходить от неприятных вопросов и отрицательных эмоций, то потеряем ощущение разницы между тем, что мы чувствуем, чего мы хотим от других и чего другие хотят от нас.

Взрослые с мобильным телефоном в руках за последнее десятилетие все меньше времени уделяют собственным детям. Дети с мобильным устройством уходят полностью в него и начинают совмещать процесс приёма пищи, игры, размышления и даже засыпают под игру или мультфильм. Что испытывает ребёнок в таких условиях? Дефицит внимания и слабо развитые коммуникативные навыки. Но проблема в основном заключается не только в том, что поколение зумеров малоразговорчиво и порой не понимает предыдущие поколения. Смогут ли они понять весь тот объём информации, который они услышат в разговоре с другими людьми?

Представители поколения айдженеров чаще всего сообщают, что их устраивают короткие сообщения, и им не нужно ничего больше, они всё понимают, но уже понятно, что они упускают нечто важное в контексте всего того, с чем они соприкасаются. «Цифровых аборигенов» устраивает ощущение, что они популярны, востребованы, они часть настоящего времени и эпохи, они ее активные элементы, которые формируют рекламу, тренды. Постоянный цифровой контент изменяет течение жизни, напоминает о том, какие они, подкрашивает их повседневность.

Тот день, который популярный блогер провёл в сети, наполнен для него приятными ощущениями, возгласами, эмоциями других людей, доходами, самореализацией, но при этом всё больше времени цифровая молодёжь теряет впустую. Многие рискуют потерять самоценность, знание того, кто они, вне рамок виртуального пространства. Современные лидеры мнений в популярных социальных сетях говорят, что им легче всего обменяться сообщениями, чем разговаривать по мобильному телефону. Им проще выйти в онлайн-видеосвязь, нежели встречаться вживую.

Индивидам уже не нравятся разговоры на неподготовленную тему. Они ведут их в собственных локациях, и только с определёнными последователями. Часто уходят от беседы, ограничивая общение во времени. Если онлайн можно отключить мобильное устройство, то в реальной жизни нужно испытать сначала внутреннее беспокойство, тревогу, фрустрацию, и только после этого находить слова для того, чтобы завершить встречу.

На вопрос, который был нами задан студенту-первокурснику: «А чем может вас не устраивать прямая коммуникация?». Ответ последовал следующий: «А ведь она происходит в реальном времени, и её невозможно контролировать, и невозможно контролировать то, что ты хочешь сказать. Страшно сказать не то слово, что не так поймут и подумают то, что не нужно».

Стоит отметить, что стремление избегания беседы в реальной жизни свойственно не только студентам, но и преподавателям. Многим сложно взять под контроль то, что ощущается как бесконечный поток информации, ведь необходимо улавливать эти данные, выдавать реакцию на них, а также управлять различными ситуациями, когда не знаешь, что означает то или другое слово, просто нет времени его искать в поисковике. Нужно поддерживать свою собственную популярность, развивать образовательный уровень. В онлайн общении можно тут же обратиться к поисковику, но в реальной жизни сделать это крайне сложно.

Молодежь жалуется на тревогу из-за того, что нужно быть спонтанным в процессе коммуникации онлайн, работать и выступать на камеру, управлять временем и собеседником. Многих пугает синдром самозванца. В реальном мире люди сканируют то, как человек подаёт свою идею, что он делает с помощью своего голоса и языка тела. В онлайн-формате мы согласны уже с тем, что он просто

вышел с нами на видеосвязь. Мы можем не заметить тонкостей и нюансов. Задавая вопросы, мы делаем это иначе иначе, чем если бы мы их задавали в повседневной реальности.

С помощью диагностического прибора «Neiry» мы оценивали степень эмоциональной близости в коммуникациях студентов. Наши вопросы касались того, что они чувствуют, как они оценивают себя и друг друга при разговоре лицом к лицу, как при помощи видеосвязи, а также посредством только обмена аудиосообщениями и только пересылая сообщения в мессенджере. Данные электроэнцефалографа нам показали, что степень эмоционального сближения максимальна при коммуникации лицом к лицу. Живое общение приводит к пониманию друг друга. Сетевое общение делает это понимание наименьшим. Студенты пытались использовать различные смайлики, фонологическую передачу эмоций, смеха, набирали иногда текст заглавными буквами, чтобы показать эмоциональность. Но эти приёмы не имели особого значения для коры головного мозга. Понимание было. Но только тогда, когда люди общались лицом к лицу друг с другом, они проявили наибольшую степень доверия.

Согласно Т. П. Скрипкиной, сегодня «доверие можно репрезентировать путём совершения определённых поведенческих актов. Например, человек помогает другим людям деньгами, материально, предметами материального обихода, личными услугами. Другие обращаются за помощью, советом в трудных ситуациях. Считается, что человек может верить или не верить в истинность получаемой информации. Но в любом случае будет проявлена степень доверия, будет показано определённое отношение к собеседнику. Вера в истинность получаемой информации, конечно, это акт веры, но не доверия, потому что в основе будет лежать всегда акт принятия информации за истинную, а отношение к источнику информации базируется на доверии, причём определённой степени доверия. И этим отношением, конечно, будет определяться как содержание доверительной информации, так и её количественные характеристики, в том числе эффективность совместно выполняемой деятельности и результаты совместно решаемых проблем. Отдельно стоит отметить, что доверие может реализовываться путём вовлечения людей во внутренний мир. Доверие может выступать как передача или обсуждение с другим

лицом какой-то сакральной, скрытой информации. И здесь самораскрытие в повседневной жизни будет лишь частным случаем проявления доверия».

В мире метамодерна и взрослые, и подростки сообщают, что испытывают тревогу в отсутствии мобильных устройств, в отсутствии интернета как формы постоянной стимуляции, которая подпитывает интерес. Даже если они находятся в «состоянии тишины», то уже не могут вынести тех пауз, которые определяют как отсутствие информации, скука, потеря интереса, подавленность. Потеря мобильного устройства в настоящее время является огромной проблемой, приводящей к соматизации и различным формам психосоматических расстройств.

Интерактивное взаимодействие со смартфоном говорит о том, что человек видоизменяет собственное самоощущение под влиянием социальных сетей. Многие тревожатся даже о том, что они потратили сегодня больше времени на обработке фотографии или при написании поста или при попытке улучшить собственный виртуальный аватар, потому что «виртуальный образ должен пользоваться большим успехом у последователей». Конечно, в каждом виртуальном взаимодействии есть элемент игры. И эта игра настолько вовлекает пользователя и зрителя в самопредставления, что в данном аффекте растворяет грань между виртуальной и реальной жизнью.

Студенты 2 курса столичного ВУЗа сообщают, что, когда они проводят время в социальных сетях, они это делают, для того чтобы измениться. Они хотят быть остроумными, увлечёнными, спортивными, активными. Саморефлексия им необходима только для того, чтобы понять: «А кто же я на самом деле? То есть как я могу себя подать в лучшем свете, даже с учётом внутренних недостатков?» Важно значение для них приобретает понимание того, как меня воспринимают другие, и как в реальной жизни научиться поддерживать этот образ? Отдельное беспокойство возникает по поводу того, что мало времени потрачено на понимание себя. При этом, все свои ресурсы активные пользователи социальных сетей вкладывают в поддержание виртуального образа, в то, как воспринимают их сокурсники. И здесь проблема таится как раз таки в том, что человек перестаёт рефлексировать, уделять внимание собственному процессу мышления, осознаванию, построению

глубинных идей, основанных на принципах. В таком виртуальном самопредставлении можно потерять настоящие потребности.

Жизнь в виртуальном поле социальной сети делает человека, с одной стороны, неуязвимым, насколько это возможно, но в то же время приводит к дефрагментации, к диссоциативному расстройству. Существует, с одной стороны, стремление выразить своё истинное «Я» и необходимость показать лучшую версию себя онлайн. Чаще всего это ведёт к депрессивным эпизодам и социальному напряжению. Проблемы с эмоциональным интеллектом также отмечаются у большинства опрошенных. Согласно глубинному интервью, проведенному нами в начале 2024 года, на кафедре социологии ФУ, было показано, если индивид проводит больше пяти часов в сутки в социальных сетях, то он начинает испытывать сложности при распознавании человеческих эмоций, включая свои собственные. Но это ещё не является поводом к погружению человека в терапевтическую сессию. Беседа приведёт к улучшению самооценки и коммуникативных навыков.

Современные мобильные устройства реализуют три разновидности информационной потребности. Первая – нас всегда кто-то слышит. Вторая – мы можем уделить собственное внимание всему тому, что нам интересно сейчас. И третья – мы не остаёмся в одиночестве, потому что мы постоянно живем в информационном потоке. Удовлетворение потребностной сферы предполагает и значимую награду в виде отсутствия скуки и максимума внимания, информации, для использования её в виде «информационной пищи».

В повседневной беседе чаще всего люди пытаются кратко узнать, как дела, поделиться собственными событиями, но поскольку их коммуникация подобна виртуальному общению, она не предполагает продолжения. Многие испытывают сомнения, что что-то нужно дальше говорить, кто-то чувствует неловкость длительного молчания, и все говорят о том, что они хотят избежать подобного. В такие минуты тревожащего беспокойства личность всегда стремится найти мобильное устройство, чтобы «уйти в него». И если это устройство под рукой заранее приготовлено, то всегда найдётся, кому ответить и что написать. Но избегая неловкой тишины, мы делаем это не только потому, что нам нечего сказать. Уже сейчас можно констатировать тот факт, что мы переключаемся на другой информационный поток: пытаемся узнать, что произошло в мире,

просмотреть свежие новости, удовлетворить очередную информационную потребность, отвлечься от собеседника и заинтересоваться чем-то, что может нас развлечь, снять напряжение. Испытать новый стимул, ведущий к новому напряжению, а следовательно, получить ощущение, что «я в потоке жизни, я живой».

В разгар развития искусственного интеллекта и технологий, мы часто разрываемся между двумя важными вещами. Первая – это дело, которое, по нашему мнению, важно сделать, и между непреодолимым желанием посмотреть в мобильное устройство. Всегда, когда человек уделяет время живой коммуникации, он получает навык взаимодействия с новыми людьми, познаёт себя, проявляет эмпатию, делится эмоциями и получает непреходящий опыт социализации. Если же мы отказываемся от беседы в пользу формального контакта и смотрим в телефон, то сталкиваемся с негативными последствиями.

Несколько поколений детей уже смирились с идеей о том, что родители или их воспитатели только формально рядом с ними. Так мамы и папы пишут сообщения за завтраками, няни уделяют мало внимания во время прогулок на детских площадках. Во время пауз за едой и в моментах игры взрослые, присматривающие за детьми, не стимулируют у детей навыки отношений, а ведь именно они потом будут востребованы для эффективной коммуникации – способности к проявлению эмпатии, пониманию чувств других. Дети предпочитают послать сообщения, но не звонить и не разговаривать. Чаще всего это приводит к чувству неуверенности в моменты, когда необходимо поддержать контакт. А отсутствие контакта побуждает сомневаться в возможностях самой коммуникации.

Студенты, которые выпускаются сегодня из университетов, достаточно умны и обладают творческим потенциалом, но работодатели говорят, что у таких сотрудников проявляются зависимости, тревожные состояния, фобические расстройства, нарушения поведения и т.д. Зумеры не знают, как начать и завершить коммуникацию, как построить процесс удовлетворения потребностей клиентов, как продавать товары в прямом взаимодействии с покупателями, как поддерживать зрительный контакт и общаться по телефону. Для студентов отсутствие возможности отредактировать собственное сообщение во время публичных выступлений является проблемой в самореализации. Молодежь в основном находится под

воздействием технологий ИИ и под кибервлиянием. Ежегодный стресс и дистресс набирают обороты. И основной вопрос сегодня заключается не в том, почему возникла зависимость, а в том, чем была она вызвана? Взаимосвязь между неблагоприятным жизненным опытом, посттравматическим стрессовым расстройством, депрессией, синдромом дефицита внимания, гиперактивностью, а также другими состояниями, сочетающимися с пристрастиями личности в информационном поле, в настоящее время описана в литературе (Brady, 2004; Felitti, 2004). Эти данные свидетельствуют о необходимости терапевтического воздействия, направленного на условия, лежащие в основе развития зависимого поведения, а также на причины, вызывающие рецидив.

Таблица 1. Киберзависимость – описание и признаки

Признаки киберзависимости	Нарушение временного контроля (трудности вовремя переключаться на другие виды деятельности или игнорирование необходимости перехода ко сну). Агрессия при прерывании процесса. Невозможность заниматься сторонними делами. Приоритет игр над интересами, учебой и отдыхом. Продолжение или эскалация игрового поведения, несмотря на негативные последствия и неприятности (проблемы в личной жизни, конфликты с родителями и друзьями, плохие оценки, отсутствие хобби). Психологические и физические дисфункции при отсутствии интернета, игр, соцсетей.
Типы киберзависимости	Зависимость от устройств, предоставляющих доступ в сеть.Игровая зависимость. Зависимость от социальных сетей. Зависимость от сетевого сёрфинга.
Причины киберзависимости	Генетические: предрасположенность к различным зависимостям в роду. Психологические: стремление к эмоциональному удовлетворению, убегание от проблем или реальности, общение с другими людьми в виртуальном мире. Социальные: низкий уровень самооценки и социальной адаптации, отсутствие социальных контактов и поддержки. Технологические: интеллектуальные технологии, высокоскоростной интернет и новые устройства (часы с функциями телефона, очки совмещенной реальности, интернет вещей).

Методы избавления	Психологическая и психотерапевтическая помощь. Лимитирование нахождения в виртуальной реальности. Цифровой детокс, возвращение в реальные коммуникации. Управлением временем, независимо от окончания сессии в альтернативной реальности. Формирование собственной системы поощрений и наказаний. Освоение цифровых навыков и методов защиты от угроз.
Последствия киберзависимости	Психологические и психосоматические проблемы (тревоги, депрессии, конфликты, заболевания, ОКР, ПА, утрата меры). Нарушение циркадных ритмов, изменение режима сна и отдыха. Нарушения пищевого поведения, неправильные привычки питания (фастфуд во время игры). Искажение взаимоотношений с близкими. Нарушение в учебной и рабочей деятельности. Сужение интересов, малоподвижный образ жизни. Финансовые трудности из-за трат на технику и ПО. Другие виды зависимостей: наркотическая, алкогольная и пр.

Исследование детских травматических переживаний (Felitti et al., 1998), проведенное в «Kaiser Permanente» (Сан-Диего) является крупнейшим эпидемиологическим исследованием воздействия десяти категорий неблагоприятных событий, произошедших до восемнадцати лет, на будущее здоровье и благополучие молодежи. Это исследование подтвердило то, что психотерапевтам, лечащим, в том числе, компьютерную и виртуальную зависимости, уже давно известно: эмоциональные травмы, отверженность и неудовлетворенные потребности являются наиболее распространенными факторами, систематически встречающимися у взрослых зависимых.

Существует большая дозозависимая взаимосвязь между оценкой травматичных детских переживаний и последующим развитием зависимого поведения и других психических расстройств. Например, даже средняя оценка неблагоприятных детских переживаний, увеличивает риск алкогольной зависимости у взрослых в пять раз, а оценка, превышающая среднюю, повышает вероятность еще в 10 раз, подвергая опасности мужчин, которые могут стать игроманами, онлайн-зависимыми и потребителями внутривенных наркотиков.

Киберзависимость и другие виды компульсивного поведения сначала оказывают на человека «положительное воздействие», потому что они маскируют отрицательный аффект или отвлекают от него, но в конечном итоге оказываются дезадаптивными. Постоянное присутствие неадаптивных негативных эмоций, закодированных в связанных ассоциативных сетях коры головного мозга, способствует привлекательности поведения, вызывающего зависимость. Считается, что киберзависимость помогает избежать основной эмоциональной травмы, которая способна проявиться в осознанном состоянии. Предполагается, что чем более сильную потребность в изменении эмоционального или физического состояния вызывает конкретная зависимость, тем выше вероятность фиксации на этом конкретном поведении. Выбор фокуса зависимости не случаен, ведь личность стремится к тому, что хочет почувствовать для удовлетворения своих информационных потребностей.

Психотерапевтам важно научиться быть "зеркалом", независимо от того, выражает ли клиент неготовность избавиться от зависимости в начале терапии или избыточную готовность. Демонстрирация терпения, сочувствия и толерантности, позволяет клиенту определять свои собственные цели лечения. Для некоторых это может быть снижение вреда, а для других — полное воздержание. Клинические психологи могут иметь собственные убеждения в отношении того, какой должна быть их первичная терапевтическая цель. Использование методов мультимодальной и причинной психотерапии может быть полезным для повышения мотивации зависимых в уважительной и тактичной манере. Модель последовательных изменений, предложенная М. Эриксоном, модернизированная Ж. Беккио, также является полезной конструкцией при использовании методики Ф. Шапиро, позволяющая помочь подтолкнуть клиента к активному вовлечению в терапевтический процесс. Поскольку киберзависимость часто начинается в подростковом возрасте, когда личность осваивает навыки социального и межличностного общения, а также управление собственной жизнью, то представляется важным определить и обеспечить положительные ресурсы, которые часто необходимы взрослым, борющимся, с зависимостью, такие как расширение осознанного поведения, укрепление воли, решимости и доверия. Также полезно разработать и установить «описание нужной цели» в

которой больше не будет интереса к объекту зависимости. Полезны вопросы: «Что бы будет делать вместо этого? Как будете себя вести и что чувствовать?» Воображение реалистичного и достижимого будущего помогает настроиться на восстановление. Если клиенты не могут представить свой собственный сценарий своей жизни, тогда можно им помочь, рассказав истории других людей, либо применить метафорирование.

Большинство психотерапевтов согласны с тем, что для переработки значительных пластов причинности зависимости необходим определенный запас времени. Однако многие клиенты могут никогда не планировать время необходимое для терапии, в силу собственной ИКР, особенно, если часть их эмоционального заряда не будет снята с их текущего пристрастия и его прошлого. Непереработанная причина "подталкивает" к зависимости, в то время как эйфорически яркое воспоминание и другие положительные аффективные состояния "тянут" личность к компульсивному поведению. В нормее период «отлива», а также система поддержки поля и способность продемонстрировать более здоровые волевые паттерны, прежде чем начать обнаруживать причинность, лежащую в основе киберзависимости, — лучший способ начать психотерапевтическую работу с клиентом. В то же время, большинство психотерапевтов, использующих разные подходы в работе с зависимостями, считают, что свободы проще всего достичь и поддерживать ремиссию в течение длительного времени, начав устранение незавершенной травмы как можно раньше. Тут необходимы контролируемые исследования, но можно предположить, что после того, как причинные воспоминания будут переработаны с помощью психотерапии, они больше не будут сдерживать физический, эмоциональный или когнитивный дистресс, который в первую очередь способствует поддержанию зависимости, тем самым снижая риск рецидива. Не все психические расстройства опасны для жизни, но, поскольку время пребывания в интернете и злоупотребление соцсетями может быть опасным, рекомендуется проводить психотерапию при злоупотреблении интеллектуальными технологиями в виде поэтапной модели в рамках описываемого ниже протокола №1.

ПРОТОКОЛ № 1. «ОСНОВНОЙ»

Предполагается первоначальное установление взаимопонимания и общий разговор для знакомства. С самого начала необходимо понять контекст, в котором проявляется зависимое поведение и история возникновения киберзависимости. Имеют значение ранние события, заложившие основу для зависимого поведения, настоящие ситуации и люди, которые вызывают беспокойство. Также необходимо установить, какие привычки, импрессинг и паттерны поведения понадобится трансформировать в будущем.

1. По каким причинам Вы пришли на терапию?
2. Какие цели?
3. Каковы текущие симптомы?
4. Чем они мешают?
5. Когда начались симптомы?
6. Что еще происходило в то время (какие важные события)?
7. Изменились ли симптомы? Если да, то как/когда?
8. Почему Вы решили прийти именно сейчас?
9. Какие еще ситуации могут влиять на Вас в настоящее время?
10. Есть ли кризис или ситуация, требующая разработки плана действий (например, опасность, воссоединение семьи, развод и др)?
11. Принимаете ли лекарства? (плюс их действие и чувства по поводу них).
12. Предыдущая терапия:

- Причина и цель?
- Какие виды (описания запомнившихся взаимодействий)?
- Продолжительность терапии?
- Качество взаимоотношений с терапевтом (какие проблемы?)
- Какие характеристики клиент искал в новом терапевте?
- Почему клиент прекратил лечение?
- Результаты терапии, в том числе:
- Что он узнал полезного?
- Как это его разочаровало?
- Было ли что-нибудь, к чему он никогда не обращался (события) ситуации/ симптомы/проблемы)?

- Что понравилось и не понравилось клиенту в предыдущей терапии?

13. Текущие отношения? Супруг(а)/партнер/спутник жизни/дети (включая качество этих отношений)

14. Другие заботливые друзья и родственники в настоящее время?

15. Текущая и предыдущая работа/школьные ситуации и отношения (начальство/коллеги)?

16. Успехи/сильные стороны/чувство защиты со стороны кого-либо? (полезно для когнитивных переплетений)

17. Как Вы узнаете, была ли терапия успешной?

18. Что произойдет, если терапия будет успешной? Будет ли обратная сторона? Будет ли у кого-нибудь в вашей жизни проблемы с этим?

19. Существуют ли проблемы с привязанностью?

20. Есть ли проблемы с этнической принадлежностью, культурой и национальностью?

21. Религиозные влияния/проблемы?

22. Есть ли вопросы идентичности, других видов зависимости?

23. Отношения с родителями - прошлые и настоящие? (по возможности опишите картинками)

24. Качество/примеры отношений между родителями в прошлом и настоящем?

25. Качество/примеры взаимоотношений с братьями и сестрами - в прошлом и настоящем?

26. Друзья/наставники в детстве и юности (Кто действительно заботился о вас? Как это было?" Последующие разочарования...)

27. Школьный опыт/учителя/сверстники - положительные и отрицательные?

28. Есть ли что-нибудь, о чем я не спрашивал(а), что, по вашему мнению, мне следует знать?

29. Использование различных техник самоконтроля для расширених доступа к ресурсам? (положительные воспоминания и проективный опыт)

30. Как Вы успокаиваете себя в настоящее время? (включая упражнения, йогу, медитацию, интернет, алкоголь, покупки и т. д.)

31. Хобби и развлечения?

Дополнения:

- Безопасное/спокойное место: образ, эмоции, ощущения, ключевое слово/фраза?
- Укрепление ресурсов (например, разработка и инсталляция ресурсов): образ, эмоции, ощущения, ключевое слово/фраза?
- Иногда полезно спросить: Какие самые важные события - хорошие и плохие — на этой временной шкале сформировали человека, которым вы являетесь сегодня?
- Когда наступит время, когда все изменится?

Временная шкала.

Попросите припомнить 10 самых тревожных воспоминаний и поместите их в хронологическом порядке. Объясните шкалу от 0 до 10 и укажите уровень беспокойства в качестве исходного. Сделайте то же самое с 10 самыми положительными воспоминаниями.

Контрольный список негативных когниций:

Попросите клиента отметить те из них, которые вызывают у него физические ощущения и/или возникают, когда он обеспокоен. Их можно использовать для выявления самых ярких эпизодов, которые являются основой для них. Эти событиях также помещаются на шкалу времени.

1. Люди и текущие ситуации, вызывающие беспокойство? Эти тригтеры используются для доступа к конкретным воспоминаниям о текущих событиях, которые будут нацелены на сканирование воздействий или обратное движение для идентификации соответствующих опорных воспоминаний. Эти опорные воспоминания будут переработаны на первом этапе. Затем мишенями переработки станут триггеры. Каждая ситуация-триггер также будет основой для переработки будущего шаблона.
2. Наблюдения за терапевтическими, семейными и другими системными взаимодействиями, которые указывают на автоматические реакции и недостатки, которые необходимо устранить.
3. Перечислите виды навыков и опыта, необходимые для того, чтобы довести клиента до полного уровня психического здоровья и адаптивного функционирования (счастье, уверенность, связь, содействие). Например, какие навыки или опыт во взаимоотношениях необходимы? Большинство

потребностей будет выявлено в дальнейшем по мере продвижения терапии. Какие виды опыта необходимы для поддержания мотивации клиента продолжать терапию?

4. Личные чувства к клиенту. Чтобы способствовать самосознанию, оцените, как если бы это было от третьего лица: Какие ощущения возникают в теле терапевта? Насколько комфортно терапевту то, как клиент демонстрирует аффект зависимости? Какие личные вопросы могут возникнуть из-за проблем клиента? Они задействуют собственные сети памяти терапевта, которые стимулируются. Что может потребоваться переработать? Насколько комфортно терапевт относится к раскрытию информации?

Домашние задания

Выполнению клиентом домашних заданий, предусматривающих отчеты, можно помочь, предоставив следующий журнал. Он предлагает клиенту особый формат, ограничивающий объем необходимой работы.

Когда возникает событие, о котором нужно сообщить, клиент записывает его краткое описание. Важна дата и само описание по следующей структуре:

1) событие-триггер;
2) возникший образ;
3) возникшая когниция/ убеждение;
4) эмоция;
5) ощущения и оценка по шкале 0-10/уровень беспокойства.

Размещение описания в этом порядке является дублированием того, что необходимо для нацеливания на событие в последующем сеансе. Оно напоминает клиенту о необходимости разделить беспокойство на сопутствующие составляющие. Оно также отмечает только ту информацию, которая необходима, чтобы вспомнить, что произошло, и передать ее терапевту. После того, как описание заполнено, клиент использует технику работы с собой, чтобы частично переработать беспокойство.

Для устранения ранних воспоминаний о неблагоприятных переживаниях, способствовавших развитию аддикции, текущих триггеров и шаблонов для соответствующих будущих действий используется протокол 2.

ПРОТОКОЛ № 2. «БАЗОВЫЙ»

Предполагается направленность внимания на наиболее актуализированных эпизодах. Прошлые привычные пристрастия можно корректировать, удерживая в терапевтическом фокусе и в поле даже часть воспоминания, пробуждая весь ансамбль доминант. Доступ к архиву осуществляется путем просьбы к клиенту идентифицировать образ, который являет первопричину (самый ранний эпизод), либо целый активный инцидент, либо его наиболее «отрицательная» часть. Ориентация на единственный фрагмент эпизода обычно приводит последовательно к переработке всего архива (когда в сознании появляются другие части воспоминаний, ощущений или мыслей) или когда основная образная картина видоизменяется. Таким образом, эффект переработки распространяется на всю цепочку причинно-следственной связи, отвечающей за поддержание конкретного воспоминания (ситуации, травматического эпизода и т.д.).

Необходимо также отметить, что на уровне переработки информации о первопричине ситуации, у клиента может не хватить времени для расширения причинно-следственного спектра всех эпизодов, чтобы объединиться в целый образ причины или единое понимание произошедшего. Образы в памяти о прошедших событиях консолидируется на глубинном уровне, позволяя клиенту создать последовательное описание собственного переживания причины, но на решающем слое информационных ассоциаций различные аспекты воспоминания и понимания не связаны в одно целое.

На основании клинических исследований с помощью ЭЭГ (Нейри) и наблюдений, можно считать, что при естественной реакции человека на кибервоздействие период, необходимый для консолидации участков мозга, составляет примерно 2-3 месяца. Для получения первых результатов от терапевтического вмешательства необходимо от 1 до 1,5 месяцев.

Беспокоящее состояние можно продиагностировать и подвергнуть терапевтической переработке, предлагая клиенту удерживать в сознании один или несколько объектов из следующего списка:

1. Образ последнего воспоминания о беспокоящем состоянии;
2. Образ самого раннего эпизода, ассоциированного с текущим физиологическим и психосоматическим состоянием;
3. Негативную оценку или размышление о текущем событии;
4. Физические ощущения;
5. Эмоциональные эффекты: эмоции, переживания, чувственный опыт.

Описанные шаги были протестированы в исследовании [Shapiro, 1989; Гараганов, 2006] и оказались эффективными как для снижения чувствительности к выявленным нежелательным явлениям, так и для ослабления ассоциативных пристрастий.

Образную переработку причин также можно использовать при нацеливании на отдельный сенсорный опыт: телесное ощущение, звуки, запахи, образ.

Терапевтические этапы:

1. Идентифицируйте воспоминание или часть воспоминания.
2. Проведите этап оценки, определяя степень проявленности, выявляя границы и формы образа, негативное поддерживающее убеждение, желаемое позитивное состояние, уровень эмоциональной реакции, локус физических ощущений.
3. Попросите клиента удерживать в фокусе первичный образ и сопутствующую негативную когницию.
4. Применяйте короткие интервенции, последовательно активируя воспоминание, перемешивая с этапами расслабления и глубокими вдохами. Уместны вопросы: «Что вы замечаете?» и «Что чувствуете прямо сейчас?» Примечание: если это положительные образы, мысли или эмоции, то их можно заякорить.
5. Возвращайтесь к первопричинному образу и негативной когниции после каждой интервенции для проверки и оценки уровня текущей реакции.

Примечание:

Если возникают ассоциированные связи с другими воспоминаниями, сместите фокус работы на них, последовательно возвращаясь к исходной терапевтической цели. Продолжайте последовательно работу с ощущениями тела, переходя к образам, когницим и эмоциональным реакциям, пока уровень

«увлеченности» не снизится до нуля (или не станет психологически приемлемым).

Если негативное убеждение больше не соответствует картинке и эмоции, можно сосредоточить внимание на работе с ощущением тела, либо на визуальном образе.

Если психологическая переработка материала заблокирована, на что указывает неуменьшающийся уровень патологического реагирования, то стратегия должна включать следующие пункты:

а) Вернуться к диалогу о проблеме, отслеживая по физиологическим паттернам ключевые слова – метки проблемы.

б) Попросите клиента просканировать текущее актуальное беспокойство (например, образ, звук, запах, ощущение в теле).

в) Если клиенту мешает другое воспоминание или убеждение, сосредоточьтесь на новом материале, не допуская дополнительных ассоциаций, пока это воспоминание или убеждение не будет трансформировано. Это достигается за счет возврата к новому материалу после каждой терапевтической интервенции. Затем вернитесь к исходной цели и продолжите сессию.

г) Если после двух последовательных интервенций не происходит изменений, в последующей работе сосредоточьтесь и проведите интервенцию исключительно на ведущем канале восприятия клиента: визуальном, кинестетическом, аудиальном или дигитальном.

д) Как только желаемый эффект будет достигнут, инсталлируйте позитивный образ, поддерживающую когницию и новое физическое ощущение до уровня, когда показатель индивидульного восприятия проблемы клиента не достигнет минимального уровня: 0 – 20 процентов или станет приемлемым с психологической точки зрения.

Полезными мишенями для переработки также могут служить и другие типы воспоминаний.

Термин «причины» был введен в психотерапевтической работе [Гараганов, 2005] как бессознательные, имплицитные воспоминания, в которых влечение является их сознательным проявлением. Воспоминания о зависимости можно рассматривать как канал информации, содержащий как негативные (тревожные), так и позитивные (вознаграждающие) элементы в одной нейросети. Например, эмоциональная травма или невзгоды, присутствующие в начале зависимого поведения или при увлечении виртуальными

стимулами, могут быть сильно связаны (ассоциированы) с облегчением, отвлечением и/или эйфорией, связанными с ними. Конкретные элементы недавнего рецидива и ритуалы, связанные с киберзависимым поведением, также могут быть частью сетевой памяти о зависимости.

Рандомизированные контролируемые исследования и клинические отчеты показывают, что нацеливание на такой тип воспоминаний, в отличие от переработки только эмоциональной травмы или когнитивных установок, может привести к значительному снижению частоты влечения.

Хотя зависимое поведение может вызвать любая беспокоящая эмоция, ни одна из них не является настолько сильной, как интерес, который часто возникает из-за сильного перевозбуждения отделов коры головного мозга, которую несет термин «зависимость» и негативного отношения общества к этому.

Основное чувство порождает негативные когниции, такие как: «Я отвратительный», «Как наркоман, неполноценный, сломленный и не нужный», и затем усиливается поведением, которое происходит во время активной фазы увлечения, например, ложью, воровством и поддерживающей деятельностью. Например, покупкой контента, игр, отношениями в обмен на общее дело или мошенничеством с целью выплаты игровых долгов. Неадаптивное поведение, характерное для киберзависимости, обычно противоречит основным ценностям клиента (например, «Я не могу поверить, что воровал у своих родителей»), что приводит к стыду, т.е. «я плохой», а не «я сделал нечто плохое».

На негативные когниции, связанные с этим поведением, должны быть нацелены психотерапевтические приемы, в которых стыд и вина могут быть интенсивными. По мере того, как клиенты обнаруживают, что в своем свободном от зависимости состоянии они никогда бы не проявили такого поведения, вина начинает утихать, а сочувствие к себе возрастает.

Обида, вина стыд — это основные причины, по которым люди не обращаются за помощью. Поэтому, когда они это сделают, первостепенное значение имеет как можно более быстрое ослабление этих чувств. Такую работу можно инициировать во время диагностики, дав клиентам простое объяснение в этом того, как развивается механизм зависимости в связи с эмоциональной

травмой. В этом процессе помогает пояснение информации об исследовании детских переживаний, особенно вместе с краткой анкетой, подтверждая связь между историей зависимости клиента и краткосрочными преимуществами снятия зависимого поведения.

Вопросы о неблагоприятных переживаниях детства могут использоваться для определения конкретных мишеней для переработки, а также предпочтительного поведения, которое обеспечит начальное облегчение при выявленном дистрессе. Дальнейшего уменьшения киберзависимости можно ожидать, когда психотерапевт сможет дать базовое объяснение того, как здоровые интересы и цели мозга изменяются вследствие укоренившейся зависимости.

Известно, что аддикции захватывают в мозге центры выживания, вытесняя естественные награды, такие как еда, социальные связи и тяга к близости, оставляя зависимость в качестве основного объекта мотиваций, внимания и преследования. Важно помочь клиенту отделить концепцию дезадаптивной функции мозга, связанную с зависимостью, от ощущения своего «Я». Вина часто вызывает негативные мысли, такие как «Я нехороший человек». Повторная переработка часто приводит к позитивной когниции: «Я хороший человек с временным расстройством». Конечно, общая цель - использовать самооценку и ресурсы для достижения стабильного состояния.

Одно из самых распространенных заявлений, которые произносят зависимые: «Одна часть меня хочет бросить, а другая — нет». Для некоторых интернет был самой важной привязанностью — другом, утешением и спасением в невыносимом существовании внутреннем или внешнем. Поэтому, как правило, у них существует большой страх по поводу потери этого механизма.

Однако важно различать амбивалентность и диссоциацию. Как указывается далее, оценка диссоциации при рассмотрении тактики психотерапии киберзависимости имеет большое значение. Хотя зависимое поведение можно интерпретировать как «диссоциацию под воздействием виртуальной среды или гаджетов», некоторые клиенты страдают от реального диссоциативного расстройства. Оно легко может остаться незамеченным, если психотерапевт незнаком с диссоциацией.

Пример: Николай 35 лет, менеджер. Соответствует критериям диссоциативного расстройства.

В то время как одна его часть, которая обратилась за терапией, искренне хотела бросить онлайн игры и ставки, другая часть не имела ни желания, ни намерения сделать это. Клиент совершенно не подозревал об этом разделении.

Если существует значительная диссоциация, часть, которая играет/делает ставки, чтобы справиться с травмой, саботирует усилия, прилагаемые к выходу из зависимости, еще больше расстраивая и сбивая с толку клиента.

Известно исследование, связывающее неблагоприятные детские переживания, травмы, отверженность и дефицит привязанности с развитием зависимого и компульсивного поведения в качестве попытки справиться с тревожными аффектами, когнициями и ощущениями, связанными с этим предыдущим жизненным опытом.

Медицинские психологи и психотерапевты, работающие персонально, дистанционно или в группе с такими клиентами и применяя психотерапевтические методы работы с киберзависимостью, должны быть профессионально подготовлены (в том числе располагать знаниями об интеллектуальных технологиях, искусственном интеллекте, нейросетях, онлайн играх, нейросоциальном интеллекте, платформенных технологиях и пр.), иметь опыт как в психотерапии, так и в терапии зависимостей, чтобы использовать методику с минимальными рисками.

Литература

1. Атапина, С. Е. Анализ проблемы интернет-зависимости в современных исследованиях / Категория "социального" в современной педагогике и психологии: Материалы 4-й всероссийской научно-практической конференциис международным участием. 2016. С. 432-438.

2. Баранова, Ю. М., Шутова Н. В. Сравнительный анализ эмоционально-личностного развития подростков, имеющих и не имеющих интернет-зависимости // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 2-3. С. 143.

3. Гараганов, А. В. Как интеллектуальные технологии меняют общество и пространство большого города // Социально-политические науки. – 2024. – Т. 14, № 1. – С. 96-101. – DOI 10.33693/2223-0092-2024-14-1-96-101. – EDN COODXI.

4. Гараганов, А. В. Просмотр рилсов и шортсов в социальных сетях: психологический анализ поведения пользователей сетей // Актуальные проблемы психологии и педагогики : сборник научных трудов II Международной научно-практической конференции, Москва, 05 февраля 2024 года. – Санкт-Петербург: НИЦ АРТ, 2024. – С. 52-54. – DOI 10.51623/00231-045.52. – EDN LUFNWL.

5. Гараганов, А. В. Предпочтения пользователей видеосервисов: результаты социологического исследования причин просмотра видео «без сюжета и содержания» / А. В. Гараганов, П. В. Разов // Социально-политические науки. – 2023. – Т. 13, № 6. – С. 154-159. – DOI 10.33693/2223-0092-2023-13-6-154-159. – EDN BXECXR.

6. Гараганов, А. В. Нейросоциология: влияние искусственного интеллекта на социальную динамику / А. В. Гараганов // Современное образование: традиции и инновации. – 2023. – № 4. – С. 124-127. – DOI 10.51623/23132027.2304.124. – EDN JSFLBJ.

7. Гараганов, А. В. Социология. Психология. Педагогика : сборник научных трудов в 3-х томах / А. В. Гараганов. Том 2. – Санкт-Петербург : НИЦ АРТ, 2023. – 96 с. – DOI 10.51623/00231-010.23. – EDN KFNXTH.

8. Гараганов, А. В. Нейросоциальный интеллект: эволюция потребностей и интеллекта человека в эпоху глобальной цифровизации // Самоуправление. – 2022. – № 5(133). – С. 296-301. – EDN RJXZMA.

9. Гараганов, А. В. Потребности современной Российской молодежи. – Москва : Издательские решения, 2022. – 206 с. – EDN NDMEWG.

10. Гараганов, А. В. Причинная психотерапия : метод Causal therapy. – Москва : Психотерапия, 2006. – EDN QXPLIV.

11. Заборников, А. Е., Абросимов, А. Г. Зависимость от интернет-игр как фактор, влияющий на становление личности подростка // Известия Института систем управления СГЭУ. 2015. № 1 (11). С. 323-327. EDN: TYJYNF

12. Лунюшкина, М. В., Зеленская, Д. В., Твелова, И. А. Влияние интернета на подростка / Педагогика и психология. Сборник статей по материалам XV международной конференции. 2018. С. 71-74.

13. Пережогин, Л. О. Зависимость от персонального компьютера, интернета и мобильных средств доступа к нему: нозологическая идентификация // Образование личности. 2016. № 1. С. 45-53.

14. Петрова, А. В. Анализ влияния интернета на социализацию современных подростков // Ученые записки Крымского инженерно-педагогического университета. Серия: Педагогика. Психология. 2017. № 4 (10). С. 132-135.

15. Социальная психология личности в вопросах и ответах : Учебное пособие для студентов высших учебных заведений / С. А. Беличева, О. С. Васильева, С. Т. Джанерьян [и др.]. – Москва : Гардарики, 2001. – 397 с. – EDN PHQACM.

16.Скрипкина, Т. П. Психология доверия : Учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений / Т. П. Скрипкина. – Москва : Издательский центр «Академия», 2011. – 264 с. – EDN XGILVP.

17.Koob G.F. (2008) Dynamics of neuronal circuits in addiction: reward, antireward, and emotional memory. Pharmacopsychiatry, vol. 42, suppl. 1, pp. 32-41.

18.Koob G.F. (2010) Neurobiological mechanisms of addiction: focus on corticotropin-releasing factor. Curr Opin Investig Drugs, vol. 11, no 1, pp. 63-71.

19.Gorski T.T. (1997) Passages Through Recovery. An Action Plan for Preventing Relapse. Center City, MN: Hazelden.

20.AAWS (2011) Alcoholics Anonymous. New York: AA World Service.

21.Valetnik Yu. (2000) Misheni psikhoterapii v narkologii [The targets of psychotherapy in narcology]. Lektsii po narkologii [Lectures on Addiction]. Moscow: Nolij, pp. 295-308.

22.Baranova O. (2001) Psikhologicheskiye mekhanizmy formirovaniya alkogol'noy anozognozii [The psychological mechanisms of formation of alcoholic anosognosia]. Narcology, vol. 6, pp. 59-60.

23.Vasserman L., Yeryshev O., Klubova Ye. (1993) Otnosheniye k bolezni, alkogol'naya anozognoziya i mekhanizmy psikhologicheskoy zashchity u bol'nykh alkogolizmom [The attitude to the disease, alcoholic anosognosia, and psychological defense mechanisms in patients with alcoholism]. Bekhterev review, no 3, pp. 13-22.

24.Pratkanis A.R., Aronson E. (2001) Age of propaganda: The everyday use and abuse of persuasion. N.Y.: Freeman and company.

25.Kelly J.F., Humphreys K., Ferri M. (2020) Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3. Art.

26.Johnson V.E. (2012) Metod ubezhdeniya. Kak zastavit' narkomana ili alkogolika lechit'sya [Intervention: How to Help Someone Who Doesn't Want Help]. Moscow: Institut obshchegumanitarnykh issledovaniy.

27.Prochaska J.C., Norcross J.C., C. Di Clemente (2007) Changing for Good: A Revolutionary Six-Stage Program for Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward. N.Y.: William morrow.

28.Yaltonskiy V. (2009) Teoreticheskaya model' motivatsii k lecheniyu zavisimosti ot psikhoaktivnykh veshchestv [The theoretical model of motivation to treatment of dependence on psychoactive substances]. Voprosy narkologii, no 6, pp. 68-76.

29.Miller W.R., Rollnick S. (2013) Motivational interviewing, third edition: helping people change. N.Y.: The Guilford Press.

30.Shapiro F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories // Journal of Traumatic Stress. 1989a. № 2. P. 199-223.

II. ПРОБЛЕМЫ СОХРАНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, ПСИХОДИАГНОСТИКИ, ПСИХОКОРРЕКЦИИ И ПСИХОТЕРАПИИ

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ПО ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА

А. В. СОЛОВЬЁВА

Сахарный диабет — соматическое заболевание, имеющее физиологические и психосоматические причины. Соответственно, путь лечения данного заболевания может идти в двух плоскостях — физической и психологической. Нам представляется важным сразу обозначить авторскую позицию: нельзя отказываться от медицинского лечения, но необходимо «подключение» психотерапевтического.

Первое описание психотерапевтического воздействия, предпринятого с лечебной целью при сахарном диабете, принадлежит К.И. Платонову. Также известны психотерапевтические методики Е.И. Цукерштейн (1947г.), Л.И. Большина (1968г.), А.Л. Гройсмана (1969г.), М. Грабовски (1974г.) и др. Эмоционально-стрессовый компонент лечебного взаимодействия при сахарном диабете был достигнут и научно доказан лишь в 1982 году методом А.Р. Довженко.

В самом общем виде, психотерапевтическая задача — достижение оптимального психологического состояния, при котором человек способен переживать противоположные состояния, не зацикливаясь на одном из них (смех, слезы, радость, печаль). Для каждого это состояние индивидуально, но зачастую именно оно — оптимальное психологическое состояние — необходимо для здоровья человека.

По мнению А.А.Александрова, критериями оптимального психологического состояния можно считать:

– «психическое равновесие и связанную с ним гармоничность организации психики ее адаптивным возможностям;

– соответствие психических реакций интенсивности внешних раздражителей, упорядоченность и причинную обусловленность психических явлений;

– критическую самооценку и оценку окружающих обстоятельств;

– способность к адекватному изменению поведения в соответствии с переменами окружающей обстановки и его организации;

– чувство привязанности и ответственности по отношению к близким людям;

– способность составлять и осуществлять свой жизненный план» [1]. Способность адекватно воспринимать окружающую среду, осознанно совершать поступки, а также целеустремленность, работоспособность, активность, полноценность семейной жизни — все это может выступить критерием оптимального психологического состояния, выражая т.н. «психологическое благополучие».

В зарубежных исследованиях именно проблема субъективного благополучия личности является центральной в исследованиях, посвященных изучению оптимального психологического состояния. Она включает в себя понятия «счастья», «удовлетворенности жизнью», «положительной эмоциональности», «психологического здоровья», «стойкости духа» и т.д. [21].

В отечественной психологии интегративный подход к психологическому благополучию представлен, в частности, в многоуровневой модели психологической благополучия, разработанной О.С. Васильевой [7]. В учебнике Б.Д. Карвасарского по психотерапии психосоматическое, психическое, психологическое здоровье рассматриваются как «уровни психологического благополучия». При этом «объективными параметрами являются состояние физического и психосоматического здоровья, генетические характеристики, внешние обстоятельства жизни (уровень материального дохода, образование, статус и т.д.), возраст, пол, культурная принадлежность. Важным субъективным фактором психологического благополучия выступает значимость для человека тех или иных объектов в его социальном окружении, отношение к ним, специфика представлений о них» [7].

Таким образом, не уходя в детальный анализ, можно выделить две большие группы современных подходов в сопровождении соматических больных — это психологическая помощь и психотерапевтическая. Остановимся на каждой из них подробнее в

контексте сахарного диабета и работы с семьей, имеющей больного ребенка.

1. Психологическая помощь

В мировой практике существуют разнообразные подходы к классификации психологической помощи, которые дифференцируются по типу и содержанию задач, решение которых осуществляется в рамках педагогической, социальной, медицинской и реабилитационной, логопедической и собственно психологической помощи.

Психологическая помощь рассматривается как «сложная система диагностических, развивающих, коррекционных и реабилитационных мероприятий, направленных на создание внутренних и внешних условий раскрытия всех потенциалов психологического развития личности и расширения границ взаимодействия с окружающей реальностью» [12].

Содержание психологической помощи определяется психологической проблемой — запросом клиента, процесс осуществляется через взаимодействие и взаимоотношения между помогающим и клиентом на основе определённой теоретико-методической базы и под влиянием личностных особенностей каждого из них.

Если обратиться к содержанию психологической помощи, то она поэтапно может быть представлена следующим образом:

– «оказание клиенту помощи через сообщение ему объективной психологической информации; этим занимается психодиагностика — одно из направлений практической психологии; особенность этого вида помощи состоит в том, что психолог несёт ответственность за достоверность информации и форму сообщения её клиенту;

– психологическая коррекция предполагает организационное воздействие на клиента с целью изменения показателей его активности в соответствии с нормой психического развития;

– психологическое консультирование как вид психологической помощи для достижения целей личностного развития. Цель психологического консультирования — в обеспечении человека продуктивным существованием в конкретных обстоятельствах его жизни. Продуктивность связана, прежде всего, со

способностью человека находить, возможно, большее число вариантов поведения, понятий, мыслей, чувств, поступков, чтобы иметь возможность общаться с максимально большим числом людей и групп» [12].

В контексте диабета нам представляется возможным применение психологической помощи в любом ее проявлении (диагностика, коррекция и консультирование) в зависимости от этапа жизненного цикла больного или его семьи, исходя из течения болезни и собственно запроса.

К психологической помощи можно отнести и психолого-педагогическое сопровождение ребенка с диабетом в учебном процессе, физкультурно-оздоровительном, учебно-тренировочном, на этапе его взросления, приобретения опыта жизни с диагнозом [16].

2. Психотерапия

В клинической практике, «психотерапия — это система комплексного лечебного воздействия с помощью психологических средств на психику больного, а через нее на весь организм с целью устранения болезненных симптомов, изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде. Психотерапия является специфическим методом лечения, так как эффект достигается не физическими свойствами лечебного фактора, а той информацией и эмоциональным зарядом, которые она в себе несет. Приемы и методы психотерапии широко используются не только в лечении и реабилитации психических, но и в широком круге соматических заболеваний» [12].

Вслед за коллективом авторов Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова (Халезова Н.Б., Исаева Е.Р., Киссин М.Я.), будем придерживаться следующих направлений психотерапии: неспецифическая психотерапия, именуемая психотерапевтический подход и специфическая психотерапия.

Кратко дадим характеристику каждого подхода, цитируя по методическому пособию «Психотерапия в клинической практике» [12].

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ИЛИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД

«Психотерапевтический подход — это неспецифический метод воздействия на психику больного, базирующийся на принципах медицинской деонтологии» [12]. Считается, что этим видом психотерапии необходимо владеть каждому врачу, независимо от специальности.

«К неспецифическим условиям проведения психотерапии относятся взаимоотношения «врач-больной», «медсестра-больной»; взаимоотношения «врач-медсестра»; интерьер учреждения. Неспецифическая психотерапия может начинаться с того момента, когда пациент входит в лечебное учреждение. На него оказывают влияние название учреждения, красивый интерьер, уютная обстановка этого учреждения, вежливое внимательное обращение персонала к нему и между собой, усилия персонала, направленные на быстрое и эффективное решение проблем пациента» [12].

В контексте менеджмента медицинского учреждения это проявления организационной культуры (Соловьева А.В) которая, обладая психологической функцией, дает так называемую психологическую безопасность, порождая у клиента/пациента ощущение комфорта, доверия и защищенности.

Обратимся к основным целям психотерапевтического подхода:

«1.Уменьшение эмоциональной напряженности. Многие заболевания вызывает тревогу у больных. Это опасения за исход заболевания, беспокойство по поводу исследований, процедур, лечения, последствий болезни, дальнейшей трудовой деятельности, отношений с родственниками. Переживания больных могут осложнять лечение и течение заболевания. Для уменьшения тревоги используются информирование, разъяснение, отвлечение, невербальные методы коммуникации и другие способы воздействия.

2. Повышение активности больных. Больного необходимо вовлекать в те виды деятельности, которые допустимы по его состоянию. Необходимо устранить вредное воздействие гиподинамии, связанной с ограничением двигательной активности. Здесь важным является отвлечение от своих внутренних переживаний по поводу болезни, предупреждение развития ипохондрических переживаний. К тому же таким образом

стимулируется психическая активность: участие в работе и жизни отделения.

3. Мобилизация внутренних ресурсов на борьбу с заболеванием. В беседах с больным нужно постоянно подчеркивать, что процесс выздоровления может быть замедлен или ускорен собственным отношением к болезни и лечению. Таким образом, вырабатывается правильное, адекватное отношение к заболеванию и его возможным последствиям» [12].

Такой подход, на наш взгляд, вполне может быть применим при взаимодействии с семьей, воспитывающей ребенка с сахарным диабетом. Это профилактика эмоционального выгорания родителей, принятие болезни ребенка, собственно принятие болезни самим ребенком и выработка стратегии поведения в болезни.

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Далее цитируем по методическому пособию «Психотерапия в клинической практике» [12]: «Выделяют 4 основных направления специфической психотерапии: психодинамическое, когнитивно-поведенческое, экзистенциально-гуманистическое; суггестивное.

В основе каждого из направлений лежат определенные теории личности, и имеется логически связанная собственная система психотерапевтических воздействий».

Принято выделять следующие механизмы лечебного действия психотерапии:

1. Обращение к сфере эмоций
2. Понимание себя
3. Получение информации
4. Укрепление веры больного в выздоровление
5. Накопление положительного опыта
6. Облегчение выхода эмоций

Психотерапевтическое вмешательство всегда проходит через несколько этапов взаимоотношений психотерапевт-пациент. Однако психотерапия может закончиться с положительным эффектом для пациента не только на заключительном, а на каком-либо из промежуточных этапов» [12].

Какой бы вид психотерапии не был применен, принято выделять следующие этапы психотерапии:

«1. Установление контакта и достижение комплайенса, когда формируется психологически комфортная доверительная атмосфера межличностного взаимодействия, располагающая к сотрудничеству.

2. Прояснение проблемы — это первичный сбор информации и выделение наиболее значимых проблем, понимание психотерапевтом и в какой-то степени пациентом причин и механизмов формирования эмоциональных и поведенческих нарушений.

3. Определение психотерапевтических мишеней, формулировка проблем, а именно психологическая работа по идентификации наиболее важной проблемы, постепенное подведение пациента к этой проблеме.

4. Применение конкретных методов и методик — наиболее длительный процесс, требующий наибольшей подготовки от психотерапевта, который имеет целью редукцию симптоматики.

5. Закрепление — это оценка того, насколько психотерапия реально изменила поведение пациента и его жизненную ситуацию, на этом этапе происходит активизация самостоятельной активности пациента.

6. Окончание курса психотерапии» [12].

Коротко рассмотрим основные психотерапевтические подходы, принятые в клинической практике. Описание дается по методическому пособию коллектива авторов Санкт-Петербургского медицинского университета [12]. На сегодняшний день нет достаточного количества исследований и достоверных данных о том, как тот или иной психотерапевтический подход может быть применим в практике работы с больными диабетом и каковы результаты применения. Очевидно, что в случае обращения к психотерапевту клиента с диагнозом «сахарный диабет», ему будет предложен метод, исходя из инструментария специалиста и его модальности. Именно поэтому считаем необходимым привести обзор современных подходов по психологической коррекции и терапии сахарного диабета с учетом детского возраста.

ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Данное направление исходит из глубинной психологии — психоанализа [12]. Основоположником психоанализа является

Зигмунд Фрейд (Австрия, 1856-1939). В рамках динамического направления существует много различных школ, однако общим для представителей этого подхода являются представления о бессознательных психических процессах и психотерапевтических методах. Термин «психодинамический» или «динамический» предполагает рассмотрение психической жизни человека с точки зрения постоянной динамики, движения, борьбы, конфликтов в психике и их влияния на личность. Основные понятия, изучаемые в рамках психоанализа, - это «структура личности человека», «стадии развития личности», «механизмы психологической защиты». К основным приемам психоанализа принято относить «технику свободных ассоциаций», «анализ сновидений», «анализ реакции переноса», «анализ сопротивления».

Классический психоанализ относится к интенсивным методам психотерапии. Пациент лежит на кушетке, смотрит в сторону, противоположную психотерапевту. Сеансы классического психоанализа проводятся 3-5 раз в неделю. Продолжительность одного сеанса около 40 минут. Лечение одного больного, как правило, проводится в течение нескольких лет.

Очевидно, что такой подход невозможен в применении с детьми младшего возраста, но, если речь идет о подростковом или юношеском возрасте, то он может быть рассмотрен.

Краткосрочная динамическая психотерапия берет начало от классического психоанализа З. Фрейда. Наиболее известными в динамическом направлении в психотерапии являются аналитическая психология К. Юнга, индивидуальная психология А. Адлера, интерперсональная психотерапия Г. Салливана, гуманистический психоанализ Э. Фромма и др. Краткосрочная динамическая психотерапия имеет менее интенсивный характер, в отличие от классического психоанализа, и может проводиться в форме или психотерапии, ориентированной на адекватную самооценку, или психотерапии отношений, которая направлена на психологическую поддержку пациента в сложных психологических ситуациях. Цели терапии аналогичны таковым при классическом анализе (решение бессознательного конфликта), но основной акцент делается на повседневную реальность. Краткосрочная динамическая терапия может быть индивидуальной и групповой. Сеансы терапии проводятся 1-2 раза в неделю. Пациент и терапевт сидят напротив

друг друга. Продолжительность лечения от нескольких месяцев до года.

Сложно найти в литературе описание применения данного метода в работе с диабетом, но модификации методов могут быть применимы в работе с семьей пациента и им самим.

Основателем личностно-ориентированной психотерапии является В.Н. Мясищев (1902-1978, Россия). Она была создана им на основе его же теории личности. Согласно В.Н. Мясищеву, «личность — это сложное целостное образование, является продуктом объективных общественных условий и отношений. Личность проявляется во всей деятельности человека. Поведение определяется не только ситуацией, в основе его, как правило, лежат те или иные принципы, мотивы долга, широкие и высокие идеи, отдаленные перспективы прошлого и будущего». По В.Н. Мясищеву, «отношения — это сознательная, избирательная, основанная на опыте, психологическая связь с объектами реальности, они выражаются в действиях, реакциях и переживаниях».

Самыми главными отношениями человека являются его отношения с людьми — взаимоотношения. Главной целью личностно-ориентированной психотерапии является «изменение личности путем реконструкции ее отношений. Личностно-ориентированная психотерапия может проходить как в групповой, так и в индивидуальной форме. Индивидуальная психотерапия больше направлена на когнитивные изменения, а групповая — больше на эмоциональные и поведенческие изменения» [12].

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ПОДХОД

Когнитивно-поведенческая психотерапия ориентирована на изменение убеждений, установок, образа мыслей и поведения. В данном направлении используются принципы научения, т.к. теоретической основой когнитивно-поведенческой психотерапии является бихевиоризм.

К когнитивно-поведенческому направлению относят следующие методы и направления терапии: поведенческая, когнитивная, рационально-эмотивная, рациональная и нейролингвистическое программирование.

Обозначим техники поведенческой психотерапии.

— «техника систематической десенситизации», в которую входит обучение больных технике мышечной релаксации и дыхательным техникам;

— «техника парадоксальной интенции», когда меняется установка больного к своей болезни и симптому;

— «тренинг социальных умений»: используются реакции, противоположные тревоге и страху — активное самоутверждающее поведение и методы позитивного подкрепления, где используется принцип оперантного обусловливания и применяется механизм объективного и субъективного контроля [12].

В клинической практике поведенческая психотерапия применяется при «тревожно-фобических расстройствах, психогенных сексуальных расстройствах, а также для решения межличностных проблем и в детской психопатологии (нарушения поведения, делинквентные расстройства, энурез, детский аутизм)» [12]. Однако это не исключает применения в работе с диабетом.

В основе когнитивного подхода лат. cognitio — «мысль», «убеждение». Его представители считают, что формирования нарушений поведения происходит из-за неправильных (иррациональных) убеждений, установок, образа мыслей. Между стимулом и реакцией существует промежуточное звено — мысль (когниция), направленная на восприятие и оценку стимула. Наиболее часто применяются следующие техники:

— «техника декатастрофизации («А что, если…?»)»;

— «техника переформулирования»;

— «техника децентрализации и отстраненности» [12].

«Прежде всего, психотерапевт выявляет и структурирует блоки иррациональных когниций. Домашние задания пациентов касаются распознавания связей между эмоцией и поведением. Больных просят записывать свои автоматические мысли во время психотравмирующих ситуаций. Затем концентрируются на ключевых убеждениях пациентов, происходит изменение когнитивной схемы путем логического анализа. Успех лечения определяется и оценивается при помощи самонаблюдения, контроля над эмоциями и постепенного изменения поведения в отношении к миру и к самому себе. Показаниями к когнитивной психотерапии являются **д**епрессивные состояния легкой степени, тревожные расстройства,

межличностные конфликты» [12]. Очевидно, что сахарный диабет может сопровождаться подобными состояниями, а значит данный подход может быть применим в работе.

Основоположником рационально-эмотивной психотерапии был психолог Альберт Эллис (1913-2007, США). Согласно теории рационально-эмотивной психотерапии выделяются два типа когниций: дескриптивные и оценочные. Дескриптивные когниции несут информацию, которую получают из реального мира, оценочные когниции несут отношение человека к этой информации. Более важными являются оценочные когниции.

Таким образом, с этой точки зрения, «не сама объективная реальность вызывает у человека различные эмоции, а их внутреннее восприятие. Человек переживает по поводу каких-либо психотравмирующих событий в связи с наличием иррациональных когниций (иррациональных установок). Следствием переживаний являются эмоциональные и поведенческие нарушения». Основной задачей является показать пациенту, что его эмоциональные проблемы связаны с иррациональными установками, а не с прошлыми или настоящими событиями, и сейчас он все время их негативно подкрепляет. Рационально-эмотивная психотерапии направлена на «обсуждение и критику системы неправильных, не соответствующих реальности установок пациента, на введение в его жизнь принципов терпимости и принятия происходящих событий. Показаниями для применения данной терапии являются также межличностные конфликты, психогенные сексуальные расстройства, неврозы, расстройства личности, психосоматические расстройства, расстройства поведения у подростков» [12]. Противопоказаний для работы с диабетом в данном подходе тоже нет, как и сведений, подтверждающих эффективность его применения.

Основоположником рациональной психотерапии является невролог Поль Дюбуа (1848-1918, Швейцария). Рациональная психотерапия по Дюбуа — «это процесс обучения больного правильному логическому мышлению» [12]. В качестве основных лечебных факторов в рациональной психотерапии применяется «убеждение», «переубеждение», «разъяснение», «одобрение», «отвлечение», «приемы дидактики и риторики». А основной задачей психотерапевтического воздействия является «создание в сознании больного правильного представления о болезни». Психотерапевту

необходимо «логически скорректировать внутреннюю картину болезни, психотерапевтическое воздействие достигается за счет грамотного, логического анализа и интерпретации субъективных проявлений, объективных клинических, лабораторных и инструментальных данных» [12].

Нейролингвистическое программирование (НЛП) — одно из направлений психотерапии, основоположниками которого являются Р.Бэндлер (р.1959, США) и Д.Гриндер (р.1940, США). Вводя название НЛП, авторы исходили из того понимания, что «человек в течение жизни может программировать себя, выбирая определенные способы мышления, чувствования, поведения, и имеет возможность изменения этих программ с помощью слова». К техникам НЛП традиционно относят метод «якоря», технику «взмаха», «генератор нового поведения», «подстройка к будущему». К НЛП традиционно прибегают в случае межличностных конфликтов, психосоматических заболеваний и зависимостей от ПАВ. Снова очевидно, что перечисленные методы при их грамотном применении специалистами могут быть применимы в практике работы с диабетом.

ГУМАНИСТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ

Гуманистическое направление в психотерапии основывается на философии «европейского экзистенциализма» и «феноменологическом подходе». Его можно рассматривать как альтернативу психоанализу и бихевиоризму. Гуманистическая психология рассматривает личность как «уникальную, целостную систему, понять которую посредством отдельных проявлений и составляющих просто невозможно. Именно целостный подход к человеку стал одним из фундаментальных положений гуманистической психологии. Основными мотивами, движущими силами личностного развития являются стремление к развитию и осуществлению своих возможностей, стремление к самореализации, самовыражению, самоактуализации через достижение жизненных целей и раскрытие смысла собственного существования» [12].

Основной задачей гуманистической психотерапии является «создание условий, способствующих новому опыту, на основе которого пациент изменяет свою самооценку в положительном

направлении. Происходит сближение Я-реального и Я-идеального, приобретаются новые формы поведения, основанные на собственной системе ценностей, а не на оценке другими». Такое понимание встраивается в психосоматику диабета как нельзя лучше, однако данных о результатах применения нет.

К гуманистической терапии относят гештальт-терапию, позитивную психотерапию. Главным принципом в гештальт-терапии является идея «здесь и сейчас», то есть концентрация на настоящем времени. Психотерапевт часто обращается к пациенту с просьбой определить, что он в настоящее время думает, чувствует, что с ним происходит в данный момент. Таким образом, часто выявляется, что человек избегает контакта со своим настоящим — углубляется в воспоминания о прошлом или в фантазии о будущем. Существует множество техник гештальт-терапии. Например, «незаконченное дело»; «проигрывание своих сновидений», техника «горячего стула». Показаниями к гештальт-терапии можно отнести неврозы, расстройства личности, психосоматические расстройства.

Основоположником позитивного направления в психотерапии является Н. Пезешкиан (1933-2010, Германия). Название происходит от латинского слова "positum", что означает: «фактическое», «данное», «имеющееся в наличии». Метод помогает «мобилизовать ресурсы человека для принятия позитивных решений. Он учит не сражаться с окружающим миром, а принимать его» [12].

Результатом является более оптимистичное восприятие себя, близких людей и жизни вообще. Достоинствами метода являются доступность для всех социальных и возрастных групп, простота языка, системный подход и краткосрочность.

Согласно теории позитивной психотерапии, человек реагирует на конфликты посредством четырех сфер (телесная, профессиональная, контакты, фантазии), а причиной любого заболевания (как телесного, так и психического) являются три группы факторов: физические, социальные и психические.

В.Н. Назаров в своей книге «Семья. Неврозы. Психотерапия» детально описывает проблемы сахарного диабета и возможные психотерапевтические подходы его лечения: «при сахарном диабете важно, чтобы пациент, познавая механизмы некоторых своих душевных переживаний, с помощью психотерапевта научился управлять своими реакциями, настроением, мыслями, целями» [10].

По мнению автора, наиболее эффективными методами лечения сахарного диабета являются:

«1. Все виды психотерапии: гипнотерапия; психокоррекция, эмоционально-стрессовая психотерапия; дыхательные и медитативные упражнения, ауто — и гетеротренинги; музыка-терапия; арт-терапия и пр.

2. Духовные и религиозные практики и психотехники, шаманские обряды, водные процедуры, путешествия, природа и пр.

3. Регулярные физические и дыхательные упражнения (в том числе спорт, даосизм, ушу, йога)

4. Диета грамотно распределенная по углеводам, белкам, жирам хорошо помогает контролировать состояние организма.

5. «Лечебное голодание» (30-40 суток пить только дистиллированную воду и посещать психотерапевта)» [10]

Мы соглашаемся с позицией автора о том, что психотерапия обязательна при сложных заболеваниях, органических нарушениях, к которым относится, в том числе, сахарный диабет, но добавляем, что при обязательном сотрудничестве с врачами, контролирующими и наблюдающими за течением и динамикой болезни и состоянием пациента.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ

Учитывая этиологию возникновения сахарного диабета, нам представляется возможным применением психотерапевтической кинезиологии как метода психотерапии, как в индивидуальной работе, так и в семейной терапии.

Психотерапевтическая кинезиология — направление достаточно молодое. Ее основатель И.К. Чобану, кандидат медицинских наук, врач-психотерапевт, доцент кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии факультета непрерывного медицинского образования РУДН и основатель Института Кинезиологии (Москва). В концепте личностно-ориентированного направления психотерапевтическая кинезиология — это «современное направление телесно-ориентированной психотерапии, использующей мышечное тестирование для диагностики и комплекс

различных воздействий для коррекции обнаруженных отклонений» [6].

В марте 2006 года психотерапевтическая кинезиология признана официальным методом психотерапии, накопив к этому времени достаточно обоснований и вобрав методы различных направлений кинезиологии. Итак, кинезиология — от греч. слова «kinesis», что означает «движение» и при таком понимании, она ближе всего относится к телесно-ориентированной терапии. В становление и развитие телесно-ориентированной терапии огромный вклад внесли В. Райх, А. Лоуэн, Ф. Александер, Н. Бернштейн и М. Фельденкрайз. Их принципы работы с телом в разных вариантах легли в основу психотерапевтической кинезиологии.

На сегодняшний день нет единого принятого определения кинезиологии ввиду большого количества разнообразных направлений. Это поведенческая кинезиология Дж. Даймонда, Целебное прикосновение Дж. Ти, образовательная кинезиология Пола и Гейл Дениисон, биокинезиология Дж.Бартона, клиническая кинезиология А. Бердалла, концепция «Три в одном» Г. Стокса, Д. Вайтсайда и К. Калэуей, прикладная кинезиология Р. Атта и другие направления. При этом психотерапевтическая кинезиология выступает интегративным методом, в котором созвучно интегрируются техники различных кинезиологических практик. «Цель кинезиологии — оздоровление и гармонизация, что достигается коррекцией любых обнаруженных нарушений баланса с помощью стандартных терапевтических техник и уникальных кинезиологических подходов. Одно из замечательных преимуществ кинезиологии — обращение к самому телу для определения необходимых коррекций… Кинезиология обеспечивает прямой путь коммуникации с пациентом через тело» [22].

«Кинезиология, буквально изучение движений тела, — это целостный подход к балансированию движения и взаимодействий человеческих энергетических систем. Мягкое использование мышечного тестирования помогает определить те зоны, где блок или дисбаланс нарушает физическое, эмоциональное или энергетическое благополучие человека. Этот же метод помогает определить факторы, влияющие на появление подобного дисбаланса» [6].

Важно понимать, что психологическая помощь и психотерапевтическая помощь — это разные направления работы,

осуществляемые разными специалистами, ставящие перед собой разные задачи. Только клиент, сам пациент в случае совершеннолетия, его родители или лица, осуществляющие воспитание и уход за несовершеннолетним в соответствии с рекомендациями врачей и собственным решением, делают выбор, какой вид помощи им необходим, и, соответственно, несут ответственность, разделяя её со специалистом.

Метод психотерапевтической кинезиологии позволяет посредством «тонкой настройки» найти причины заболевания и «мишени лечения».

Результаты исследования

Вновь обратимся к результатам авторского исследования (Соловьева А.В.).

Психотерапевтическая работа методами кинезиологии проводилась в формате семейного консультирования примерно по одному графику: в первые месяцы — 1-2 раза в неделю; затем раз в месяц. Исходя из этого, получился график встреч: 1-й месяц — 3 встречи; 2-й месяц — 3 встречи; 3-й месяц — 2 встречи; каждый последующий месяц по одной встрече. Период работы с каждой семьей составил в среднем 6 месяцев, т.е. 11 встреч.

Общая продолжительность экспериментально-исследовательской работы — сентябрь 2022-сентябрь 2023 года.

Продолжительность сеанса составляла не более 90 минут и определялась динамикой внутри сеанса.

Помимо этого, родители вместе с ребенком вели дневник наблюдений, куда, помимо стандартных записей (глюкоза, количество съеденных хлебных единиц (ХЕ), доза инсулина), было рекомендовано внести события дня и эмоции, которыми этот день был наполнен. Например, «ходили в гости, очень радовался»; катался на велосипеде, не получалось — плакал. Дополнительно, по желанию ребенка, было рекомендовано рисовать график сахаров и отмечать на нем свое настроение, что, по сути, отражало записи в дневнике родителей.

Исходя из логики принятия диагноза ребенка, запросы обратившихся за психологической помощью родителей исследовательской группы (напомним, что речь идет о 10 семьях, характеристика которых представлена в предыдущем параграфе),

можно условно представить следующим образом и соотнести их со временем психологического сопровождения:

– первый месяц работы: «Неужели это со мной?»; «Научите, как мне с этим жить?»;
– второй месяц работы: «Что делать дальше? Как ребенок будет без меня?»;
– третий-четвертый месяц работы: «В целом нормально, но… я злюсь и я растерян»;
– пятый-шестой месяц работы: «Я устал/устала…», «А всё не так уж и страшно»

Все консультации строились по одной и той же схеме/протоколу методом психотерапевтической кинезиологии, который представлен в таблице 6.

Так как семьи приходили на консультацию в полном составе, то оценка всех необходимых по протоколу параметров проводилась с каждым из участников. Поясним поочередно каждый из этапов сеанса:

1. каждый клиент поочередно проходит предтест, по результатам выполняется/не выполняются необходимые для настройки упражнения.
2. терапевт получает согласие и разрешение на работу, при помощи мышечного теста снимает уровень негативного (НЭЗ) и позитивного (ПЭЗ) эмоционального заряда;
3. затем выбирается «мишень для работы», которая может быть общей для семьи или индивидуальной для каждого ее члена: мишень может быть сформулирована в виде цели или выбрана по барометру поведения;
4. в соответствии с выбранной «мишенью» проводится коррекция, которая также может быть групповой или индивидуальной и проводится методами и инструментами, которыми владеет терапевт (лобно-затылочная коррекция, эссенции, целебное прикосновение, гимнастика мозга, упражнения для построения внутренней структуры и др.);
5. затем выходим из коррекции, завершая положительным закреплением, возвращаемся по возрасту (если по нему было «путешествие»), снимаем НЭЗ-ПЭЗ, получаем разрешение на окончание коррекции;

6. спрашиваем «назначения» домашнего задания и уточняем необходимость дальнейших коррекций и их тематику.

Пятый и шестой этапы могут быть объединены в один.

Таким образом, мы видим классическую 5-ступенчатую схему психотерапевтического сеанса, которая применима в различных модальностях и направлениях.

Таблица 6

Схема протокола/коррекции

Этап	**Подэтап**	**родитель**	**родитель**	**ребенок**
Предтест	Очищение Блокировка Поляризация Центральный меридиан PACE			
Разрешение на работу	Согласие на мягкую работу Разрешение на работу НЭЗ — ПЭЗ —			
Барометр поведения	Выбор «мишени»			
Коррекция	Выбор метода			
Выход из коррекции	Возврат по возрасту НЭЗ — ПЭЗ — Разрешение на окончание			
Завершение коррекции	Домашнее задание Необходимость дальнейших коррекций			

В ходе работы проведено по 11 встреч с каждой семьей по представленной схеме/протоколу психотерапевтической кинезиологии.

По барометру поведения наиболее часто встречающимися мишенями были «гнев», «страх потери», «горе и вина». В коррекции применялись кинезиологические методы и инструменты: лобно-затылочная коррекция, RESET, упражнения Гимнастики мозга — питье воды, крюки, перекрестный шаг, восьмерки, колпак и балансы переобучения. Здесь перечислены только повторяющиеся в работе с клиентами инструменты. Познакомиться с описанием перечисленных методов и инструментов можно в указанной в списке литературе.

Результаты психотерапевтических встреч и анализ полученных данных позволили сделать следующие выводы:

1. Согласно математическим расчетам, значимые изменения начинают происходить на четвертом сеансе психокоррекции, т.е. на втором месяце регулярных встреч. Эта динамика весьма устойчива, но на третьем месяце работы уровень значимости снижается и вновь приобретает устойчивый значимый показатель к 11-й встрече, т.е. спустя полгода работы.

2. Согласно полученным данным средних значений уровня глюкозы в крови на протяжении шести месяцев психотерапевтического сопровождения, наблюдается снижение уровня глюкозы в крови от 1-го сеанса к 11-ому. Т.к. мы не можем исключить влияние дополнительных внешних факторов на этот показатель (доза инсулина, диета, физические нагрузки), мы прибегли к корреляционному анализу показателей НЭЗ и ПЭЗ всех членов семьи и уровня глюкозы у ребенка на 1-й и 5-й встрече.

3. Корреляционный анализ после первой встречи показал, что уровень глюкозы ребенка зависит от уровня изменения НЭЗ и ПЭЗ у родителей. По результатам первой встречи: чем больше изменений происходит в НЭЗ у родителей, тем меньше уровень глюкозы в крови ребенка и чем больше изменений происходит в НЭЗ у самого ребенка, тем меньше уровень глюкозы. Если на 1й встрече уровень глюкозы менялся в соответствии с уменьшением НЭЗ и увеличением ПЭЗ, то на 5й встрече уровень глюкозы повышается на фоне роста ПЭЗ матери, снижения НЭЗ отца и снижения НЭЗ самого ребенка. Можно предположить, что это связано с «повышением радости», что автоматически ведет к выбросу эндорфинов и может вызывать повышение глюкозы в крови (М. Фельдман, 1983).

Полученные данные дают нам основания утверждать, что:

– психотерапевтическое сопровождение семьи дает положительную динамику в эмоциональном заряде;
– эмоциональная устойчивость родителя ведет к эмоциональной устойчивости ребенка;
– эмоциональная устойчивость ребенка способствует устойчивым показателям глюкозы в целевом диапазоне.

Разумеется, указанные данные и выводы отражают лишь тенденцию, которую удалось выявить и подтвердить методами математической статистики. Необходимо продолжать работу в данном направлении, увеличивая выборку, дополнительно вносить объективные показатели со стороны эндокринолога, проводить психодиагностическую работу по изучению семьи и эмоциональных отношений в семье, родительских установок и стилей воспитания, а также подкрепляя данными сравнительного анализа с контрольной группой.

Литература

1. Александров А.А. Современная психотерапия. Курс лекций. СПб., 1997. 380 с.

2. Бурбо Лиз. Таблица психосоматики. Электронный доступ: https://duhitelo.ru/liz-burbo-psixosomatika-zabolevanij/#12

3. Жикаренцев В. Таблица болезней. Электронный доступ: https://psycop.ru/psixosomatika/tablica-boleznej-zhikarencev.html

4. Жильбер Рено Исцеление воспоминанием: авторская методика разрешения внутренних конфликтов и лечения болезней. Москва: Эксмо, 2017. 379 с.

5. Информационные бюллетени ВОЗ. Электронный доступ: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

6. История развития кинезиологии. Электронный доступ: https://www.psychotherapevticheskaya-kinesiologia.ru/history.html

7. Карвасарский Б.Д. Психотерапия: учебник для вузов. 2-е изд. СПб: Питер, 2002. 540 с.

8. Костарнова Н. Диабет пошел на мировой рекорд // газета «Коммерсантъ» № 113 от 27.06.2023, с. 5. Электронный доступ: https://www.kommersant.ru/doc/6068812

9. Международная классификация болезней 11 пересмотра. Электронный доступ: https://icd11.ru/saharniy-diabet/

10. Назаров В.Н. Семья. Неврозы. Психотерапия. Электронный доступ: https://www.b17.ru/article/125657/

11. Причины сахарного диабета и механизмы его развития. Электронный доступ: https://meduniver.com/Medical/Physiology/2079.html

12. Халезова Н.Б., Исаева Е.Р., Киссин М.Я. Психотерапия в клинической практике. Санкт-Петербург: СПбГМУ, 2010. 250 с.

13. Сажнева Е. Последствием коронавируса оказался диабет Газета MKRU от 27.09.2021. Электронный доступ: https://www.mk.ru/social/2021/09/27/posledstviem-koronavirusa-okazalsya-diabet.html

14. Сахарный диабет 1 типа. Что необходимо знать. Руководство для детей и их родителей / Т.Л. Кураева [и др.]; под ред. И.И. Дедова, В.А. Петерковой. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 96 с.

15. Сахарный диабет. Психосоматика заболевания. ФГБОУ ВПО Ульяновский государственный университет. Электронный доступ: https://psycop.ru/psixosomatika/saxarnyj-diabet-psixosomatika-zabolevaniya.

16. Соловьева А. В. О проблеме психолого-педагогического сопровождения физкультурно-оздоровительных занятий младших школьников с диагнозом «сахарный диабет» / А. В. Соловьева // Актуальные вопросы психолого-педагогической кинезиологии, оздоровительной и адаптивной физической культуры: сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции, Ростов-на-Дону, 23–25 июня 2022 года. Ростов-на-Дону: Южный федеральный университет, 2022. С. 25-30.

17. Статистика сахарного диабета. Электронный доступ: https://rusind.ru/statistika-saxarnogo-diabeta.html

18. Таблица болезней. Электронный доступ: https://motivation.arser.kz/wp-content/uploads/2023/02/таблица-болезней-1.pdf

19. Сахарный диабет. Клиника, диагностика, тактика ведения. Неотложные состояния: Учебно-методическое пособие / Сост. И.Р. Керова, С.А. Прибылова, М.П. Хохлов, Т.С. Голубцова, Г.И. Милюкова, Н.А. Манина. Ульяновск: ФГБОУ ВПО Ульяновский государственный университет, 2016. 155 с.

20. Цивилизационные аспекты понятия "счастье" в категориальном аппарате исследователя / С. А. Попова, А. В. Соловьева, В. А. Половцева [и др.] // Мировые цивилизации. 2022. Т. 7, № 1. С. 55-71.

21. Чобану И.К. Основы психотерапевтической кинезиологии: руководство. 3-е издание, исправленное и дополненное. Москва, 2014. 272 с.

ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И ПСИХОТЕРАПИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Т. Г. ЖУЧКОВА

В данной части учебного пособия предложен анализ социальной тревожности в детстве и подростковом возрасте; обращено внимание на факторы социальной тревожности, возможности психодиагностики на примере шкалы социальной тревожности Либовица (LSAS) и опросника социальной тревоги и социофобии (ОСТиСФ), оказание психологической помощи и психопрофилактику.

Социальная тревожность или социофобия – одно из самых распространенных в мире фобических расстройств. Оно характеризуется возникновением тревоги в социальных ситуациях и, как следствие, может провоцировать стремление избегать их из-за страха столкновения с негативным опытом [2]. К социальной тревожности могут приводить различные факторы: генетические особенности, травматический детский опыт, болезненный опыт взаимодействия с людьми, ощущение внутреннего дискомфорта из-за того, каким человек является, либо из-за того, что человек чувствует, что отличается от других [5;6]. Дополнительным фактором развития психических расстройств является интолерантность к ситуациям неопределенности, с которыми связана социальная жизнь человека [1].

Распознать риски возникновения социальной тревожности можно с дошкольного возраста: такие дети, как правило, более стеснительны, замкнуты, боязливы, склонны предпочитать играм со сверстниками времяпрепровождение в одиночестве. Поскольку ребенок развивается вне контактов с другими детьми, то в будущем ему может быть сложнее включаться в общение из-за плохо развитых коммуникативных навыков.

Наиболее ярко социальная тревожность начинает проявляться в подростковом возрасте [3]. На фоне гормональных изменений и

специфики психического развития подростка приобретают особую важность такие аспекты, как интимно-личностное общение, взаимодействие с противоположным полом, желание видеть себя достаточно успешным и привлекательным на фоне сверстников. Также в этом возрасте особенно остро воспринимается негативный опыт, так столкновение с ним в сочетании с чувством собственной неполноценности способно привести к формированию стратегии избегания. Подростки, которые стеснительны, имеют низкие коммуникативные навыки и интересы, отличные от того, что популярно в группе, встречаются с ощущением собственной инаковости или непривлекательности. Постепенно это может привести к тому, что они начнут отстраняться от общения еще больше.

Социальная тревожность способна ухудшить качество жизни человека, так как общение с людьми является не только важнейшей частью взаимодействия с миром, но и одной из базовых потребностей человека. В результате это может помешать реализации карьерных возможностей, поиску дружеского круга общения, созданию семьи и др.

ДИАГНОСТИКА СОЦИАЛЬНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ

У социальной тревожности диагностируется разная степень проявления. Многие люди время от времени испытывают с дискомфорт во время самопрезентации, публичных выступлений, тревогу перед общением с более влиятельными людьми. Однако в норме это не должно быть серьезной преградой на пути выстраивания карьеры и поиска новых знакомств. С аналогичными проблемами могут встречаться и подростки: их может тревожить необходимость коммуникации с учителем или директором, чтение стихотворений или докладов перед классом, решение задач у доски, общение с человеком, который вызывает симпатию, но это не должно лишать их дара речи и отказываться от желанных и важных вещей.

Для того чтобы оценить степень социальной тревожности, используются стандартизированные опросники, такие как:

1. Шкала социальной тревожности Либовица (LSAS) (русскоязычная адаптация Григорьевой И.В. и Ениколоповым С.Н.);

2. SocialPhobiaInventory (SPIN) (русскоязычная адаптация Руженковой В.В. и др);

3. Опросник социальной тревоги и социофобии (ОСТиСФ) (Авторы: Сагалакова О.А. и Труевцев Д.В.).

Для шкал LSAS и SPIN была проведена апробация для респондентов в возрасте от 18 лет, а ОСТиСФ от 16. Поэтому ОСТиСФ в большей степени подходит для диагностики выраженности социальной тревожности у подростков [4]. В опросниках предлагаются различные ситуации, в которых сделан акцент на социальном взаимодействии. Испытуемому предлагается оценить степень предполагаемой для него тревоги для этих ситуаций и присвоить ей балл. Чем больше сумма баллов, набранных участником, тем большую степень социальной тревожности мы можем предположить. Так как социальная тревожность является психиатрическим диагнозом, согласно МКБ 10 [8], поставить его может только врач-психиатр. Однако стандартизированные опросники позволяют провести первичную диагностику и оценить необходимость обращения к врачу, поэтому их роль также важна.

Социальная тревожность в большинстве случаев появляется в сочетании с другими психическими заболеваниями: такими как депрессия или зависимое поведение, либо может быть проявлением посттравматического стрессового расстройства. Поэтому если подросток начал меньше гулять и общаться с друзьями, избегать выступлений и походов на школьные праздники, важно обратить на это внимание, и разобраться в причине, не пытаясь списать на переходный возраст или особенности характера.

Так как социальная тревожность способна ухудшить качество жизни, способствует возникновению других проблемных состояний, желательно обнаружить ее как можно раньше, чтобы выявить причины и начать работать над снижением страха перед общением и повышением коммуникативной компетенции.

ПСИХОТЕРАПИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ

Психотерапия социальной тревожности подбирается в зависимости от степени ее проявленности: может быть достаточно формата только психологической работы, либо человек нуждается в дополнительном подключении фармакотерапии [3]. Если уровень

социофобии не достигает клинической степени выраженности, в работе можно ограничиться психологическими методами, в ином случае необходимо в первую очередь обратиться к психиатру.

Благодаря тому, что на сегодняшний день популярность темы психологического здоровья возрастает, все больше подростков начинают относиться к ней с интересом. Тем не менее, иногда они могут отказываться обращаться за помощью из-за различных причин, например [1]:

1. Недоверие и убежденность в том, что психолог не сможет помочь;
2. Страх, неловкость, боязнь открыться незнакомому человеку;
3. Установка на то, что с проблемами нужно справляться самостоятельно;
4. Переживание за реакцию родителей или сверстников, если они узнают об обращении к психологу;
5. Сомнение в том, что разговор останется в тайне.

В таких ситуациях можно поговорить и объяснить особенности психологического консультирования, психотерапии и этического кодекса психолога. Чтобы повысить чувство безопасности ребенка или подростка, можно предложить подготовить план, как подросток мог бы вести себя в подобной ситуации.

Если человек категорически не хочет обращаться к специалисту, то, учитывая принцип добровольности оказания психологической помощи, не следует заставлять его, так как для продуктивной работы над психологическими трудностями важна мотивация и желание избавиться от проблемы. В таком случае, лучше оставить возможность воспользоваться услугами психолога в будущем, если у него появится желание, и предложить почитать литературу о подобной проблеме и методах избавления от нее. Это поможет понять, как оказывается психологическая помощь.

Одним из известных немедикаментозных подходов для избавления от социальной тревожности является когнитивно-поведенческая психотерапия. За счет использования протоколов и ориентированности на результат, когнитивно-поведенческая психотерапия хорошо подходит для отслеживания прогресса, клиенту понятен процесс и его цели. Когнитивно-поведенческая психотерапия подходит для подростков, однако в этом случае важно, чтобы

психолог знал особенности работы с этим возрастным периодом. Когнитивно-поведенческая терапия концентрируется на оспаривании дисфункциональных убеждений, формировании адаптивных мыслей и стратегий поведения, и последующим закреплении новых способов реагирования посредством поведенческого эксперимента. Во многих случаях это помогает добиться облегчения симптомов.

ПРОФИЛАКТИКА СОЦИАЛЬНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ

Для того, чтобы снизить риски развития социальной тревожности в будущем у детей, которые имеют к этому склонность, в процессе взросления необходимо давать им возможности получать положительный опыт и навыки поведения в социальных ситуациях. Ребенка можно вовлекать в проектную деятельность, предлагать участвовать в командных соревнованиях и играх. Если ребенок не ходит в детский сад, то можно записать его на групповую детскую психотерапию, где в игровой форме ребенок обучался бы выражению своих мыслей, пониманию себя и общению с другими детьми. Применение групповой психотерапии допустимо для детей, начиная с 3-х лет, так как в этом возрасте уже начинает формироваться самосознание и осознанное восприятие социума.

Помимо этого, важно не провоцировать развитие социальной тревожности у ребенка: если стыдить и винить его за сделанные ошибки или плохое поведение, особенно без объяснения причин, он может начать бояться проявлять себя в обществе, предвосхищая негативную реакцию со стороны окружающих в свой адрес. Директивность со стороны родителей способна повлиять на формирование повышенной социальной тревожности, так как из-за такого стиля воспитания ребенок лишен возможности пробовать что-то самостоятельно и получать необходимый опыт принятия решений [4]. В детском возрасте ребенку следует обеспечить безопасные условия, в которых он мог бы знакомиться с миром без риска того, что его будут отстранять от окружающих объектов. Еще способствующем фактором выступает отсутствие личного пространства, благодаря которому ребенок не боится реакции родителей на то, что он делает и чем занимается за компьютером, и затем не переносит свои страхи на других людей [10].

Существуют исследования, демонстрирующие, что социальная тревожность часто диагностируется вместе с депрессией, генерализованным тревожным расстройством, принадлежностью к расстройствам аутистическому спектру [6;7;9].

Для комфортного общения со сверстниками ребенку нужны приблизительно те же самые возможности, что и у большинства детей группы. Например, наличие карманных денег, возможность носить ту одежду, которая нравится подростку, проводить свободное время со сверстниками. К сожалению, некоторые родители не могут дать своим детям такие возможности, либо лишают в силу разных обстоятельств. По этой же причине не следует отправлять ребенка в школу, в которой основная масса детей принадлежит семьям с иным уровнем дохода. Если дети происходят из более обеспеченных семей, ребенок может начать чувствовать себя хуже других. Если же наоборот, ребенок из более обеспеченной семьи, чем остальные дети, есть риск возникновения зависти у группы.

Даже если у ребенка есть генетическая предрасположенность к какому-либо психическому расстройству, социальное воздействие может как способствовать его проявлению, так и наоборот – сгладить. Чтобы минимизировать риск возникновения социальной тревожности, важна чуткость со стороны родителя с одновременным осознанием того, что его первостепенная задача – вырастить человека, готового к самостоятельной жизни. Если родитель замечает трудности и потребности ребенка, готов слушать и слышать его, у такого ребенка, вероятно, будет больший шанс вырасти зрелой и психически здоровой личностью.

В случае возникновения у ребенка или подростка признаков социальной тревожности, следует выяснить причины ее появления: возможно, есть ситуация, которая могла обострить проблему. Далее – оценить, насколько велика степень, с помощью стандартизированных методик и обратиться за помощью к специалисту: психологу или врачу-психиатру. Своевременная диагностика и коррекция социальной тревожности способны помочь предотвратить серьезные проблемы в будущем ребенка или подростка.

Литература

1. Аналитика и прогнозы: 1 из 3 подростков в кризисной ситуации обращается за психологической помощью [Электронный ресурс]. URL: https://nafi.ru/analytics/1-iz-3-podrostkov-v-krizisnoy-situatsii-obrashchaetsya-za-psikhologicheskoy-pomoshchyu/ (дата обращения 25.03.2024).

2. Каяшева О.И. Неопределенность как психологический фактор развития депрессивных состояний у человека (экзистенциальный подход) // Национальное здоровье (рубрика психологические науки). № 1. 2022. С. 97-99.

3. Сагалакова О. А. Социальные страхи и социофобии. Барнаул: Изд-во Алт. ун-та, 2009. 102 с.

4. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Опросник социальной тревоги и социофобии [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2012. №4 (15). URL: http://medpsy.ru (дата обращения: 23.03.2024).

5. Мякотин И. С. Социальная фобия и нарушение психологических границ в детском и подростковом возрасте // Теория и практика общественного развития. 2015. № 18. С. 363-365.

6. Руженкова В.В., Руженков В.А., Дикарев Е.Р., Чернева Я.А. Распространенность и коморбидность социофобий у лиц юношеского возраста (на материале студентов медиков) // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2019. № 5. С.30-37.

7. Bandelow, B., Charimo Torrente, A., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Rather, E. (2004). Early traumatic life events, parental rearing styles, family history of mental disorders, and birth risk factors in patients with social anxiety disorder. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 254(6), 397–405. doi:10.1007/s00406-004-0521-2.

8. ICD-10 – Version:2019. [Электронный ресурс]. URL: https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F40.1 (дата обращения: 25.03.2024).

9. Joshi, G., Petty, C., Wozniak, J., Henin, A., Fried, R., Galdo, M., Biederman, J. (2010). The Heavy Burden of Psychiatric Comorbidity in Youth with Autism Spectrum Disorders: A Large Comparative Study of a Psychiatrically Referred Population. Journal of Autism and Developmental Disorders. 40(11). 1361–1370. doi:10.1007/s10803-010-0996-9.

10. *Manning, R.P. A systematic review of adult attachment and social anxiety / R. P. Manning, J. M. Dickson, J. Palmier-Claus et al. // J. Affect. Disord. 2017. Vol.15 (211). P.44–59.doi: 10.1016/j.jad.2016.12.020.*

РАЗВИТИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА КАК ОСНОВА СОХРАНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

И. Н. САНЖАРЕВСКАЯ

Сохранение психического здоровья человека является одной из важных задач в работе с детьми дошкольного возраста. Выявление проблем в эмоциональной сфере личности детей от 3 до 7 лет, позволяет своевременно предотвратить нарушения в этой сфере путём проведения профилактики и психокоррекции сложностей, связанных с эмоциональной саморегуляцией, как процессом управления ребёнком собственным эмоциональным состоянием [1;2;7;24]. В связи с чем, предлагается авторская методика развития эмоциональной саморегуляции в дошкольном возрасте.

В дошкольной организации с сентября по май в каждой группе детей от 3 до 5 лет воспитателям предлагается использовать стенды «Солнце», к которым прилагаются раздаточные материалы ленточки-цветы, соответствующие цветовой гамме, согласно люшеровской восьмицветовой подборке, а в группах детей от 5 до 7 лет — стенды «Смайлики» с раздаточным материалом «веселые и грустные смайлики».

Дошкольникам от 3 до 5 лет два раза в день (утром и после дневного сна) воспитатель предлагает крепить на стенд «Солнце» ленточку-цветок любого цвета, который ему в данный момент больше всего нравится, а дошкольникам от 5 до 7 лет крепить к стенду «Смайлик» весёлый или грустный смайлик, в зависимости от настроения дошкольника в данный момент.

После того как все дети обозначили своё эмоциональное состояние с помощью этого раздаточного материала, воспитатели каждый в своей группе заносят все полученные данные в журналы «Настроение ребёнка». Такая же процедура проводится в каждой группе дошкольной организации и после дневного сна.

Важным аспектом развития эмоциональной саморегуляции детей дошкольного возраста становится вербализация их эмоциональных состояний. Посредством общения с воспитателем и педагогом-психологом дети учатся рассказывать о своих переживаниях, понимать их причины и возможности социально приемлемого выражения.

В конце каждого месяца педагог-психолог проводит анализ журналов «Настроение ребёнка» во всех группах. Если педагог-психолог наблюдает у кого-то из детей от 3 до 5 лет цвета, символизирующие негативную тенденцию, и эти цвета не менялись по цвету, в позитивную сторону, или наличие, в основном, только грустных смайликов длительное время у детей от 5 до 7 лет, то за такими детьми педагог-психолог начинает наблюдать, проводить беседы с воспитателями, родителями воспитанников с целью выяснить, что могло повлиять на эмоциональное состояние детей.

При необходимости педагогом-психологом проводится психодиагностика дошкольников для выяснения причин негативного эмоционального состояния, своевременно организуется коррекционная работа (индивидуальная или малыми подгруппами) с воспитанниками, с родителями детей.

Данная методика позволяет обеспечить непрерывное психологическое сопровождение эмоциональной сферы личности ребёнка в дошкольной организации на протяжении четырёх лет (с 3-х летнего возраста до 7-ми лет).

Цель методики: выявление проблем в эмоциональной сфере личности дошкольника и своевременное оказание ему психокоррекционной помощи.

Задачи:

— своевременно выявлять проблемы в эмоциональной сфере личности дошкольников;

— развивать эмоциональную саморегуляцию детей через вербализацию их эмоциональных состояний;

— оказывать индивидуальную или групповую психокоррекционную помощь;

— обучать дошкольников способам снятия эмоционального напряжения;

— заложить у дошкольников основы эмоциональной грамотности для успешной социальной адаптации и подготовки детей дошкольного возраста к обучению в школе.

Ожидаемый результат:

— позитивная динамика способностей детей называть свои эмоциональные состояния и выражать их социально приемлемыми способами;

— позитивное психоэмоциональное состояние дошкольников;

— дошкольники владеют способами снятия эмоционального напряжения;

— контактность детей, адаптивность в группе сверстников;

— рост интереса к другим детям, желание общаться, взаимодействовать;

— заложены основы эмоциональной грамотности для успешной социальной адаптации дошкольников к обучению в школе.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

В начале учебного года воспитатели всех групп дошкольной организации проводят первичные наблюдения за эмоциональным развитием детей дошкольного возраста.

Этап 1.

На первом этапе при работе с детьми младших (3-4 года) и средних (4-5 лет) групп воспитатели знакомят дошкольников с различными видами эмоций и способами их выражения, затем дети обучаются обозначению своих эмоций с помощью цветных ленточек-цветков, прикрепляемых к лучам солнца, рис.1.

«Солнце» находится на видном месте при входе в группу, на определенным образом изготовленном стенде, на магнитной доске, которая имеет размеры – 60 см в высоту и 90 см в длину, и располагается на стене на уровне глаз детей. «Солнце» представляет собой объемное изображение солнца, сшитое из мягкой бархатистой ткани в диаметре 25 см, пришитыми к нему из этой же ткани лучиками 20 см в длину. Количество лучиков соответствует списочному составу детей в группе. На каждом из лучиков

прикреплен порядковый номер, совпадающий с порядковым номером ребенка в списочном составе группы.

Это необходимо для фиксирования полученных данных в журнале «Настроение ребёнка», для того, чтобы отследить психоэмоциональное состояние каждого из детей.

Так же на лучиках приклеен маленький магнит, для того, чтобы ребенок мог выбрать и прикрепить ленточку-цветок, сшитый из атласной ткани, на внешней стороне, в центре, которого имеется бусина, а с внутренней стороны — приклеенный маленький магнит, соответствующий размерам магнита на лучиках солнца. Ленточки-цветы хранятся в определенной коробке. Они — разноцветные, их цвета, соответствуют цветовой гамме, согласно люшеровской восьмицветовой подборке, где цветовые предпочтения способны отображать: эмоциональное состояние, специфику отношений детей друг с другом, со взрослыми, психоэмоциональное состояние и наиболее постоянные свойства характера.

Основные цвета и их символическое значение:

— синий цвет. Символизирует спокойствие, удовлетворенность, нежность и привязанность.

— зеленый цвет. Символизирует настойчивость, самоуверенность, упрямство, самоуважение.

— красный цвет. Символизирует силу воли, активность, агрессивность, наступательность, властность.

— желтый цвет. Символизирует активность, стремление к общению, любознательность, оригинальность, веселость, честолюбие.

Эти четыре цвета символизируют основные психологические потребности - потребность в удовлетворенности и привязанности, потребность в самоутверждении, потребность действовать и добиваться успеха и потребность смотреть вперед и надеяться - поэтому они имеют особое значение.

Дополнительные цвета — фиолетовый; коричневый, черный, серый — в основном символизируют негативные тенденции: стресс, тревожность, страх, огорчение.

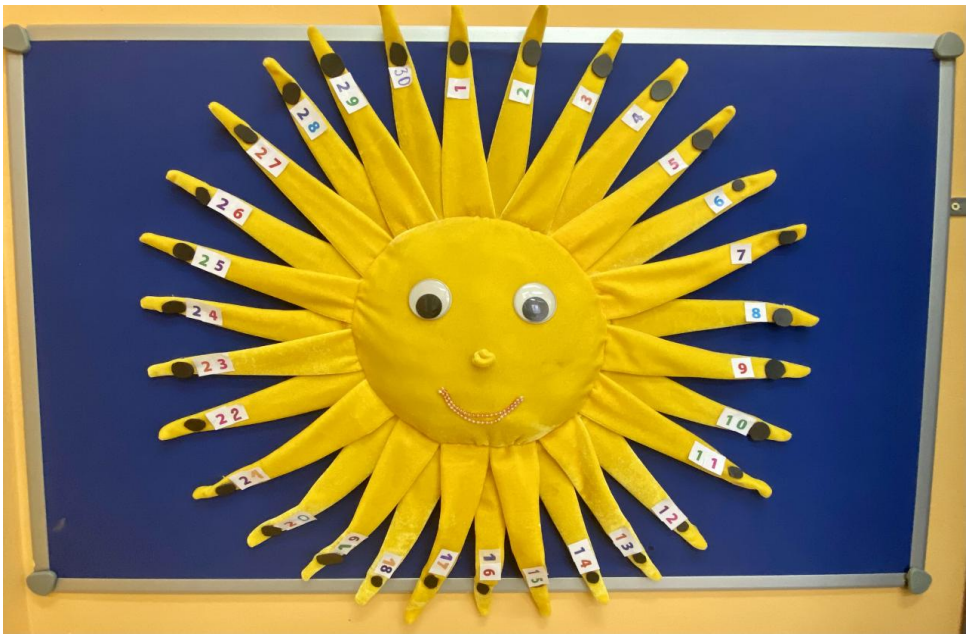

Рис.1. Стенд «Солнце». Лучи солнца используются для прикрепления к ним разноцветных ленточек-цветков,
показывающих эмоциональное состояние каждого ребенка.
Коробка с раздаточным материалом — ленточки-цветы.

Ленточки-цветы дети крепят на «Солнце» два раза в день. Каждый ребенок самостоятельно выбирает из коробки ленточку-цветок, которая ему нравится в данный момент и крепит его на солнце. Первый раз, когда ребенок приходит в детский сад из дома утром, и второй раз, после дневного сна.

Педагог ведет специальный журнал, в котором напечатан списочный состав группы детей и фиксирует цветовые предпочтения детей. В конце месяца педагог-психолог изучает цветовые предпочтения детей, чтобы отследить психоэмоциональное состояние каждого воспитанника. Если в конце месяца педагог-психолог наблюдает у кого-то из детей цвета, символизирующие негативную тенденцию, и эти цвета не менялись по цвету, в позитивную сторону, то за такими детьми ведется наблюдение, проводятся беседы, в том числе у родителей воспитанника выясняется, какая обстановка в семье, что могло повлиять на эмоциональное состояние ребёнка.

Этап 2.

На втором этапе с детьми старшей (5-6 лет) и подготовительной (6-7 лет) групп происходит усложнение способов обозначения своих эмоциональных состояний — детям предлагается использовать грустные и веселые смайлики-магниты и с их помощью утром и после тихого часа обозначать на доске свое настроение (рис. 2).

Стенд «Смайлики» находится на видном месте на стене при входе в группу, на уровне глаз дошкольников, размером 60 см в высоту, 45 см в длину.

На стенде «Смайлики» размещаются картинки с порядковыми номерами согласно списочному составу группы детей. Воспитатель предлагает каждому ребенку коробку, в которой лежат смайлики-грустные и веселые, и предлагает выбрать понравившийся и разместить его рядом со своей цифрой на стенде. . Первый раз, когда ребенок приходит в детский сад из дома утром, и второй раз, после дневного сна. Воспитатели ежедневно фиксируют в журналах «Настроение ребёнка» эмоциональные состояния детей, полученные результаты предоставляются педагогу-психологу дошкольной организации. Для детей, испытывающих отрицательный спектр эмоций, предлагается взаимодействие с педагогом-психологом для выявления основных причин негативных эмоциональных состояний и возможных вариантов их профилактики или коррекции.

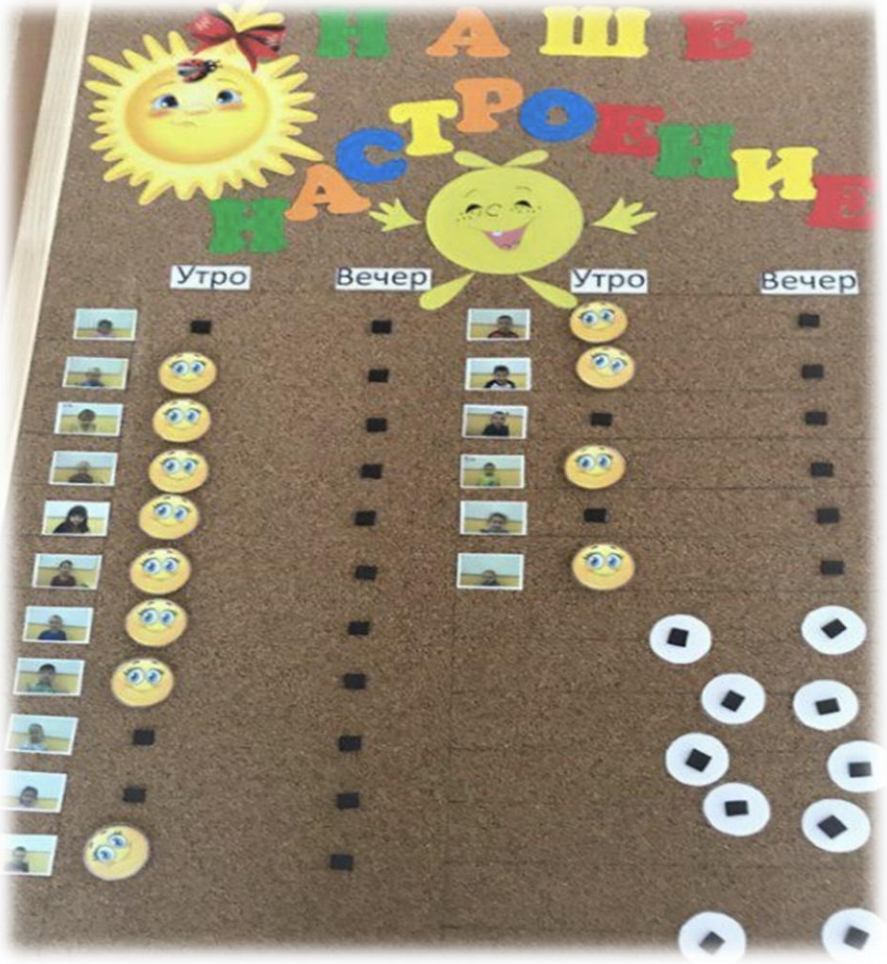

Рис. 2. Стенд «Смайлики».
Для детей 5-ти – 7-ми лет предлагаются весёлые и грустные смайлики, показывающие настроение ребенка утром и после дневного сна.

Все приведенные приемы работы предлагаются детям в игровой форме, что соответствует их ведущей деятельности и специфике организации психических процессов. Именно игровые методы являются наиболее востребованными в процессе взаимодействия с детьми дошкольного возраста.

Важным аспектом развития эмоциональной саморегуляции детей дошкольного возраста становится вербализация их эмоциональных состояний. Посредством общения с воспитателями и педагогом- психологом дети учатся рассказывать о своих переживаниях, понимать их причины и возможности социально приемлемого выражения.

Данная методика позволяет воспитателю здесь и сейчас понять, что ребёнка что-то беспокоит и сразу же уделить ему внимание. Например, если ребёнок при работе со стендом использует грустный смайлик воспитатель сразу же может поинтересоваться у него, что его беспокоит. Иногда дети говорят, что грустят из-за того, что приходится рано вставать в детский сад, или мама не дает взять с собой любимую игрушку, родители не разрешают смотреть телевизор и др. Задача воспитателя отреагировать на переживания ребёнка, переключить его на позитивные эмоции, увлечь игровой деятельностью, интересным общением со сверстниками и т.п.

Журналы «Настроений ребёнка» помогают выявить различные причины, которые оказывают негативное воздействие на эмоциональное состояние детей длительное время. Например, ребёнок на протяжении нескольких месяцев в работе со стендом, в основном, использовал весёлые смайлики и вдруг начал на протяжении месяца использовать грустные смайлики. При общении с педагогом-психологом сообщил, что с армии вернулся старший брат, который его обижает. Педагог-психолог провёл беседу с родителями воспитанника, провёл коррекционную работу с воспитанником и позитивное эмоциональное состоянии ребёнка стабилизировалось. Чем раньше выявляются изменения в эмоциональной сфере детей, тем быстрее можно помочь ребёнку, оказать ему коррекционную помощь, научить способам снятия эмоционального напряжения, не дать замкнуться, остаться открытым миру.

Ключевая роль при работе с данной методикой отводится педагогу-психологу, который проводит с воспитателями семинары,

тренинги, мастер-классы, знакомит воспитателей с кейсами на заданную тематику.

Важным аспектом выступает необходимость заложить у дошкольников основы эмоциональной грамотности для успешной социальной адаптации и подготовки детей дошкольного возраста к обучению в школе.

При работе с данной методикой рекомендуется во второй половине дня, в свободное от образовательной деятельности время использовать в работе с детьми предложенный перечень психологических упражнений, игр.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ И ИГРЫ

Тема	Наименование упражнения	Источники
«Сила моего имени»	Игра «Паровозик с именем» Игра «Потерялся мальчик (девочка)» Игра «Поём имя» Игра «Ветер шепчет имя» Игра «Рисунок имени»	Пазухина И.А. Давай познакомимся. Тренинговое развитие и коррекция эмоционального мира дошкольников 4-6 лет. СПб.: Детство-пресс, 2012
	Творческое задание «Живые имена» Упражнение «Снежный ком»	Саранская О.Н. Психологический тренинг для дошкольников «Давай дружить». М.: Книголюб, 2012
	Упражнение «Ласковое имя»	Погудкина И.С. Работа психолога с проблемными дошкольниками. Цикл коррекционных занятий. М.: Книголюб, 2012
«Мир внутри меня. Какой я»	Игра «Дотронься «Клубочек» Игра «Мой зверь»	Пазухина И.А. Давай познакомимся. Тренинговое развитие и коррекция эмоционального мира дошкольников 4-6 лет. СПб.: Детство-пресс, 2013
	Игра «Пряничная куколка» Игра «Заяц-хваста»	Хухлаева О.В. Практические материалы для работы с детьми 3-9 лет. Психологические игры и упражнения. М.: Генезис, 2012

	Упражнение «Я люблю» Игра «Все — некоторые — только я»	Саранская О.Н. Психологический тренинг для дошкольников «Давай дружить». М.: Книголюб, 2012
	Упражнение «Паутинка» Рисунок «Какой Я»	Погудкина И.С. Работа психолога с проблемными дошкольниками. Цикл коррекционных занятий. М.: Книголюб, 2012
«Сказочный герой, которого я люблю»	Игра упражнение «Сказочные зайцы» Игра «Хоровод сказочных героев»	Пазухина И.А. Давай познакомимся. Тренинговое развитие и коррекция эмоционального мира дошкольников 4-6 лет. СПб.: Детство-пресс, 2014
	Игра «Загадай загадку» Игра «Сказочный поезд» Игра «Почему грустит Дюймовочка» Игра «Спаси принцессу» Игра «Придумай сказку»	Васильева И.Ю. Волшебная книга игр. СПб.: Речь, 2012
	Игра «Когда герои были маленькими» Игра «Перевоспитание» Игра «Снятие чар» Игра «Сказка в помощь» Игра «Доброе дело»	Васильева И. Книга сказочных игр. СПб.: Речь, 2012
«Мир моей семьи»	Этюд «Маме(папе) улыбаемся» Игра «Найди свою маму (папу)»	Пазухина И.А. Давай познакомимся. Тренинговое развитие и коррекция эмоционального мира дошкольников 4-6 лет. СПб.: Детство-пресс, 2013
	Упражнение «Имя моей мамы (папы) похоже…»Игра «Угадайка» Игра «Родители и дети»	Хухлаева О.В. Практические материалы для работы с детьми 3-9 лет. Психологические игры и упражнения. М.: Генезис, 2012
	Упражнение «Я люблю свою семью» Игра «Хочу - не хочу»	Хухлаева О.В. Тропинка к своему Я. М.: Генезис, 2012

«Радость»	Упражнение «Радость можно передать прикосновением» Игра «Ура, в цирк» Рисунок «Оживи кружочки»	Пазухина И.А. Давай познакомимся. Тренинговое развитие и коррекция эмоционального мира дошкольников 4-6 лет. СПб.: Детство-пресс, 2014
	Упражнение «Котенок» Игра «Радостная песенка»	Хухлаева О.В. Практические материалы для работы с детьми 3-9 лет. Психологические игры и упражнения. М.: Генезис, 2012
	Игра «О хорошем расскажи» Игра «Радость можно подарить взглядом» Коллаж «Мои радости»	Монакова Н.И. Путешествие с гномом. Развитие эмоциональной сферы дошкольников. СПб.: Речь, 2008
«Гнев. Злость»	Упражнение «Изобрази чувства» Игра «Сердитые львы и веселые котята»	Пазухина И.А. Давай познакомимся. Тренинговое развитие и коррекция эмоционального мира дошкольников 4-6 лет. СПб.: Детство-пресс, 2015
	Упражнение «Черная рука — белая рука» Упражнение «Разозлились — одумались»	Хухлаева О.В. Практические материалы для работы с детьми 3-9 лет. Психологические игры и упражнения. М.: Генезис, 2012
	Игра «Оживи картинку» Игра «Не хозяин своих чувств» Упражнение «Обзывалки» Игра «Акулы-рыбки» Игра «Превращаем Танечку, превращаем Ванечку»	Хухлаева О.В. Тропинка к своему Я. М.: Генезис, 2014
	Этюд «Злой принц» Упражнение «Прогони злость», Упражнение «Победитель злости» Упражнение «Коврик злости»	Монакова Н.И. Путешествие с гномом. Развитие эмоциональной сферы дошкольников. СПб.: Речь, 2012
	Упражнение «Мешок с капризками»	Погудкина И.С. Работа психолога с проблемными дошкольниками. Цикл коррекционных занятий. М.: Книголюб, 2013

«Удивление»	Упражнение «Зеркало» Игра «Маски» Рисунок «Оживи кружочки»	Пазухина И.А. Давай познакомимся. Тренинговое развитие и коррекция эмоционального мира дошкольников 4-6 лет. СПб.: Детство-пресс, 2015
	Игра «Фокусник в цирке» Упражнение «Круглые глаза» рисунок «Чудеса» Игра «Удиви мышку» Игра «Удивительные истории»	Монакова Н.И. Путешествие с гномом. Развитие эмоциональной сферы дошкольников. СПб.: Речь, 2012
«Страх. Испуг»	Игра «Выбиваем пыль» Упражнение «Зеркало»	Пазухина И.А. Давай познакомимся. Тренинговое развитие и коррекция эмоционального мира дошкольников 4-6 лет. СПб.: Детство-пресс, 2015
	Игра « Баба Яга»	Хухлаева О.В. Практические материалы для работы с детьми 3-9 лет. Психологические игры и упражнения. М.: Генезис, 2014
	Игра «Страхи в домиках» Упражнение «Птичка на гнезде». Игра «Напугаем страхи».Игра «Маленькие котята и смелые бельчата»	Хухлаева О.В. Тропинка к своему Я. М.: Генезис, 2014
	Упражнение «Когда я был смелым» Упражнение «Покажи страшилку»	Монакова Н.И. Путешествие с гномом. Развитие эмоциональной сферы дошкольников. СПб.: Речь, 2013
	Упражнение «Чужие рисунки» Упражнение «Закончи предложение…» Упражнение «Придумай веселый конец»	Погудкина И.С. Работа психолога с проблемными дошкольниками. Цикл коррекционных занятий. М.: Книголюб, 2012
«Грусть»	Упражнение «Пожалей птичку» Игра «Птички летают» Упражнение «Солнечный зайчик» Игра «Несмеянцы и клоуны»	Суздалева М. Знакомим ребенка с чувствами и эмоциями. Р-н-Д: Феникс, 2016

«Обида»	Упражнение «На что похоже настроение?» Упражнение «Напрасная обида» Упражнение «Поделись своими чувствами с игрушкой…» Упражнение «Закончи предложение» Упражнение «Обидка» Сказка «Обида» Аутотренинг «Маленькая частица»	Суздалева М. Знакомим ребенка с чувствами и эмоциями. Р-н-Д: Феникс, 2016
«Стыд. Вина»	Упражнение «Запачканные маски» Упражнение «Очищающий дождь» Игра «Извинение»	Суздалева М. Знакомим ребенка с чувствами и эмоциями. Р-н-Д: Феникс, 2016
«Гордость»	Упражнение «Что хорошего во мне» Игра «Мудрецы» Игра «Новая игрушка» Рисунок «Моя гордость» История для обсуждения Аутотренинг «Маленькая частица»	Суздалева М. Знакомим ребенка с чувствами и эмоциями. Р-н-Д: Феникс, 2016

Дошкольный возраст, по определению А.Н. Леонтьева - это «период первоначального фактического склада личности». Именно в это время происходит становление основных личностных механизмов и образований, определяющих последующее личностное развитие. Развитие эмоционально-волевой сферы является важнейшим аспектом развития личности в целом. Данная тема и социально значима: развитие эмоционально-волевой сферы, эмоциональной саморегуляции является не только аспектом для эффективной адаптации к школе, но и является предпосылкой успешного усвоения знаний, способствует саморазвитию личности и обеспечивает сохранение психического здоровья ребенка.

Литература

1. Алябьева Е. А. Коррекционно-развивающие занятия для детей старшего дошкольного возраста. М.: Сфера , 2012.

2. Алябьева Е. А. Психогимнастика в детском саду. М.: Сфера, 2013.

3. Баженова О.В. Тренинг эмоционально-волевого развития для дошкольников и младших школьников. СПб: Речь, 2012.

4. Васильева И.Ю. Волшебная книга игр. СПб.: Речь, 2014.

5. Васильева И. Книга сказочных игр. СПб.: Речь, 2015.

6. Данилина Т.А., Зедгенидзе В.Я., .Степина Н.М. В мире детских эмоций. М., 2012.

7. Крюкова С.В., Слободяник Н.П. Удивляюсь, злюсь, боюсь, хвастаюсь и радуюсь. М., 2015.

9. Крылова Т.А., Сумарокова А.Г. Чувства всякие нужны, чувства всякие важны. Программа эмоционально-волевого развития детей. СПб.: Речь, 2012.

10. Кряжева Н.Л. Радуемся вместе: Развитие эмоционального мира детей. Екатеринбург: У -Фрактория, 2012.

11. Монакова Н.И. Путешествие с гномом. Развитие эмоциональной сферы дошкольников. СПб.: Речь, 2013.

12. Пазухина И.А. Давай познакомимся. СПб, 2014.

13. Погудкина И.С. Работа психолога с проблемными дошкольниками. Цикл коррекционных занятий. М.: Книголюб, 2012.

14. Саранская О.Н. Психологический тренинг для дошкольников «Давай дружить». М.: Книголюб, 2013.

15. Суздалева М. Знакомим ребенка с чувствами и эмоциями. Р-н-Д: Феникс, 2016.

16.Тимофеев, В. Психодиагностика цветопредпочтением. Краткое руководство практическому психологу по использованию цветового теста М. Люшера / В.Тимофеев, Ю. Филимоненко. Санкт-Петербург.: Иматон,1995.

17. Хухлаева О.В. Практические материалы для работы с детьми 3-9 лет. Психологические игры и упражнения. М.: Генезис, 2014.

18. Хухлаева О.В. Тропинка к своему Я. М.: Генезис, 2012.

19. Чистякова М.И. Психогимнастика / Под ред. Буянова М.И. М.: Просвещение, 2014.

20. Шипицина Л. М., Защиринская О. В., Воронова А. П., Нилова Т. А.. Азбука общения. СПб.: Детство-Пресс, 2014.

21. Шипицина Л. М. Комплексное сопровождение детей дошкольного возраста. СПб.: Речь, 2015.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕУСПЕШНОСТИ

Л. В. ХАРУШКИНА

Детская психосоматика имеет идентичную со взрослой природу. Душевные переживания ребенка часто находят выход в физиологических недугах. Хроническая неуспешность ребенка как раз и является причиной душевного переживания ребёнка, обучающегося, а затем и родителя.

Психологический синдром хронической неуспешности складывается в конце дошкольного или в младшем школьном возрасте. Недостаточно подготовленный ребенок к школе при недоразвитии мелкой моторики сталкивается с неудачами при обучении письму. Несформированность Снижение когнитивных функций создает сложности в освоении учебных материалов. Складывается межличностная ситуация несовпадения между ожиданиями взрослых и достижениями ребенка., что выражается в постоянной негативной оценке, недовольстве, упреках. И потом позднее уже в более старшем возрасте возникает и поддерживается высокий уровень тревоги, за которым следует снижение самооценки, уверенности в себе, это сопровождается болевыми ощущениями, нарушениями функционирования органов и систем органов. Обучающийся избегает процесса обучения как психотравмирующего фактора, ссылаясь на плохое самочувствие. Далее ко всему прочему добавляется чувство вины в отношении своей личности [1].

Так складывается порочный круг: тревога, нарушая деятельность ребенка, ведет к неуспеху, негативным оценкам со стороны окружающих. Неуспех порождает тревогу, способствуя закреплению неудач. Чем дальше, тем труднее становится разорвать этот круг, поэтому неуспешность и становится «хронической». Чем более ответственную работу выполняет ребенок, тем больше он волнуется. Если уровень тревоги и без того повышен, то его дополнительное повышение (волнение) еще больше понижает результаты работы. Из-за этого ответственные контрольные и экзаменационные работы выполняются не лучше, а хуже повседневных заданий. Возникает зависимость, удивляющая многих

родителей и педагогов: при повышении мотивации снижаются достижения. Ребенок при этом может быть вполне социализирован.

Наиболее распространенной предпосылкой служит недостаточная подготовленность ребенка к школе, приводящая к затруднениям с первых дней обучения. Так, например, недоразвитие мелкой моторики (умения управлять тонкими движениями пальцев и кисти руки) сразу вызывает неудачи при обучении письму. Несформированность произвольного внимания приводит к трудностям в организации всей работы на уроке; ребенок не запоминает, «пропускает мимо ушей» задания и указания учителя.

Нередко причиной первых неудач становится нарушение обучаемости (задержка психического развития), несоответствие применяемых методов обучения возможностям ребенка. В дальнейшем на этой основе складывается хроническая неуспешность, и, даже если задержка уже компенсирована, учебные достижения не повышаются: теперь они поддерживаются повышенным уровнем тревоги. В некоторых случаях «слабым звеном», запускающим порочный круг, оказываются завышенные ожидания родителей. Нормальные, средние школьные успехи ребенка, которого считали «вундеркиндом», воспринимаются родителями (а значит, и им самим) как неудачи. Реальные достижения не замечаются или оцениваются недостаточно высоко. В результате начинает работать механизм, приводящий к росту тревожности и вследствие этого к реальной неуспеваемости [2].

Возможен вариант, когда повышенный уровень тревоги первоначально формируется не из-за школьных неудач, а под влиянием семейных конфликтов или неправильного стиля воспитания. Вызванная этим общая неуверенность в себе, склонность панически реагировать на любые трудности переносятся позже и на школьную жизнь. Далее складывается уже описанный синдром хронической неуспешности, и даже при нормализации семейных отношений тревожность не исчезает: теперь она поддерживается школьной неуспеваемостью.

При проведении психодиагностики, в рамках работы с данными проявлениями, можно использовать различные тесты и методики для выявления психологических особенностей. Рассмотрим некоторых из них.

Методика "Многофакторный опросник личности" (МОЛ). Позволяет оценить различные аспекты личности, включая уровень тревожности, стрессоустойчивость, склонность к соматизации.

Тесты на выявление стилей справления со стрессом. Например, тест на управление стрессом «Стресс-копинг инвентарь» (SCI), который помогает определить, как подросток справляется с трудностями и стрессом.

Шкала самооценки депрессии Бека (BDI) используется для оценки уровня депрессивных симптомов.

Шкала тревожности Спилбергера-Ханина позволяет оценить уровень тревожности и напряжения.

Проективные методики. Например, тесты Роршаха или рисунок семьи, которые могут помочь выявить скрытые конфликты и эмоциональные проблемы.

Методика оценки уровня самосознания. Например, тест на самосознание Шострома, который помогает определить степень осознания своих мыслей, чувств и поведения.

Это лишь небольшой перечень тестов и методик, которые могут быть полезны при психодиагностике. Важно выбирать подходящие методы в зависимости от конкретной ситуации и целей работы с ребенком.

Независимо от исходной причины развитие по типу хронической неуспешности протекает примерно одинаково. В конечном итоге во всех случаях наблюдается сочетание низких достижений, резко повышенной тревожности, неуверенности в себе и низкой оценки ребенка окружающими (родителями, учителями).

Все эти нарушения обратимы, но, пока они не преодолены, успехи в учебе, разумеется, продолжают снижаться. Часто родители, пытаясь преодолеть возникшие у ребенка трудности, устраивают ежедневные дополнительные занятия. Это повышает астенизацию и, следовательно, усиливает общее неблагополучие ситуации, еще более тормозит развитие.

Для педагога важнейшим показателем, свидетельствующим о наличии хронической неуспешности, служит «тревожная» дезорганизация деятельности (то есть нарушения планирования и самоконтроля, вызываемые повышенным уровнем тревоги). На «тревожный» распад деятельности (в отличие от исходно низкого уровня ее организации) указывают многочисленные симптомы

тревоги, как наблюдаемые в поведении, так и отражающихся на самочувствии (плохой сон, аппетит, плаксивость, озноб, жалобы на плохое самочувствие и головную боль и т.д) [3].

Другим нередким следствием длительно развивающейся хронической неуспешности является падение учебной мотивации, появление негативного отношения к школе и учению. В этом случае первоначальная высокая социализированность ребенка к концу младшего школьного возраста может смениться асоциальной установкой.

У многих детей постоянный неуспех со временем приводит к появлению пессимистического подхода к действительности и к развитию депрессивного состояния. Признаки депрессии характерны для давно начавшейся хронической неуспешности. Как правило, они появляются к концу начальной школы и знаменуют собой формирование нового психологического синдрома — тотального регресса.

Тотальный регресс — один из наиболее тяжелых психологических синдромов подросткового и юношеского возраста. Для него типична не только остановка в развитии, но и утрата прежних достижений (чем и объясняется его название).

Вывод о том, что у подростка имеется тотальный регресс, может быть сделан при сочетании следующих показателей:

— пассивность,
— утрата прежних увлечений и интересов,
— отсутствие контактов с взрослыми и сверстниками,
— депрессивный фон настроения,
— сниженная самооценка,
— пессимистические представления о своем будущем,
— жалобы на физическое недомогание.

В качестве профилактической помощи, безусловно, важно эффективно взаимодействовать с семьей, как и в случае, когда уже необходима активная помощь. Необходимо помнить основные критерии и причины неуспеваемости и далее решить ее комплексно (с помощью классного руководителя, психолога, социального педагога, учителей и родителей).

На сегодняшний день неуспеваемости посвящено множество работ различных ученых в сфере психологии и педагогики. Проблема

является наиболее актуальной еще и потому, что неуспеваемость во многом влияет на дальнейшее самоопределение и личностное становление старшеклассников, их физиологическое состояние, способствует возникновению психосоматических проблем, что напрямую или косвенно сказывается на их поведение и отношении к себе и окружающим.

Литература

1. Григорьева А. Н. Неуспеваемость учащихся, как актуальная проблема современной школы // Современные подходы к обучению и воспитанию детей с особыми образовательными потребностями и подготовка педагогических кадров: проблемы, поиски, решения.Сб. мат. науч.-практ. конф. Москва: Педагогический колледж № 4, 2022. С. 137-144.

2. Степанова О. А. Профилактика школьных трудностей у детей. Метод. пособие. Москва: Профи, 2019.

3. Рахманова Д. З., Мукими Ф. Педагогические основы преодоления неуспеваемости учащихся младшего школьного возраст // Развитие научно-инновационного потенциала России и направления его повышения. Сборник статей по итогам Международной научно-практической конференции. Москва: Реал-Н, 2018. С. 70-73.

III. ПРАКТИКУМ ПО ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ И ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ОСНОВНЫЕ МОДЕЛИ ДЛЯ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИСТОВ

МОДЕЛЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПСИХОЛОГА-КОНСУЛЬТАНТА С КЛИЕНТАМИ, ИМЕЮЩИМИ В АНАМНЕЗЕ ПСИХОПАТИИ

О. С. АВДОНИНА

Для разработки представленной далее модели, была применена классификация психопатий П. Б. Ганнушкина.

Петр Борисович Ганнушкин (8.03.1875 – 23.02.1933) [3]

Петр Борисович Ганнушкин — советский психиатр, который большую часть своей жизни посвятил изучению различного вида расстройств личности, в частности расстройств пограничного характера.

Фокус исследований Петра Борисовича был направлен на особенности психопатической конституции личности, проявлений патологий и аномалий в характере больного, специфику протекания расстройства, с учетом статических и динамических характеристик.

Исследователь выделил несколько групп психопатий, и описал специфические особенности и признаки, позволяющие отличать данные характеристики в поведении и эмоциональной сфере больного, с целью разработки методологии диагностики и оказания квалифицированной помощи.

Выделенные автором группы психопатий представляют собой некую структуру, включающую в себя небольшие подструктуры, с учетом влияния на личность больного и патологического проявления.

Психопатии определяются исследователем как пограничные состояния между психической нормой и патологией [2].

Автор определил следующие группы психопатий (рис. 1).

С целью дальнейшей разработки модели взаимодействия психолога-консультанта с клиентами, имеющими в анамнезе психопатии, рассмотрим каждую из представленных ниже групп психопатий, с учетом их специфики.

1. Первая группа подразделяется на три вида патологических проявлений, характеризующихся теми или иными особенностями в эмоциональной сфере, а именно в настроении (рис. 1).

→ Психопатам с конституционально-депрессивным типом свойственно не только **постоянно** пониженное настроение, но и наличие искаженных когниций в восприятии картины окружающей действительности, которая представляется им в бессмысленности и мрачности существования, обреченности, беспомощности, пессимистичности образа будущего в целом. Люди данного типа психопатии часто испытывают повышенную утомляемость и сверхчувствительность в контексте событий, действий и отношений.

→ Психопаты конституционально-возбужденного типа являются полной противоположностью депрессивным психопатам. Данному типу тоже свойственны искаженные когниции и установки, однако они отличаются яркостью восприятия событий действительности, увлеченностью в познании нового и желанием быть в гуще событий. У психопатов данного типа **постоянно** приподнятое настроение, разносторонность, но неустойчивость интересов, это люди риска, азарта и беспечности, могут быть неформальными лидерами.

→ Психопаты циклотимического типа отличаются от перечисленных ранее видов сочетанием в себе характеристик конституционально-депрессивного и конституционально-возбужденного типов, а также периодичностью смены настроения или его колебания от возбуждения до депрессии. Характеризуются неустойчивостью эмоциональной сферы, отсутствием долгих привязанностей, неопределенностью интересов, непостоянством в близких контактах и действиях.

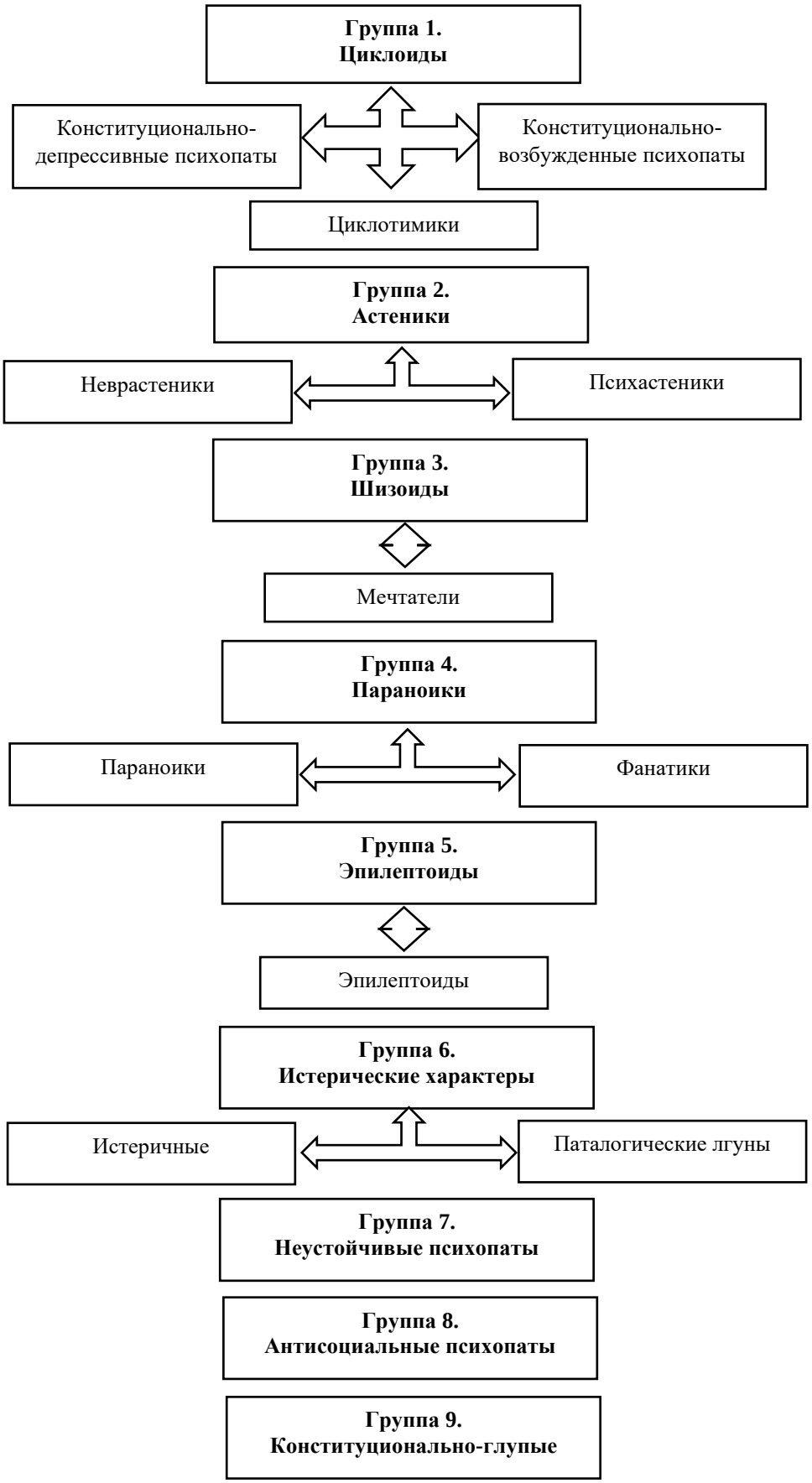

Рис. 1 – Группы психопатий по П.Б. Ганнушкину

2. Группа астеников включает в себя психопатии неврастенического и психастенического типа.

→ Неврастеники отличаются яркой сензитивностью, постоянной мнительностью в отношении собственных психологических и психофизиологических ощущений, переживаний, усиленной фиксацией на своем здоровье. в контексте тех или иных событий окружающей действительности. Характеризуются нервно-психической возбудимостью, усиленной раздражительностью, либо изнуряющей утомляемостью и истощением.

→ Психастенические проявления выражены в неуверенности, нерешительности боязливости по отношению к событиям будущего, к действиям окружающих людей. Данный тип характеризуется также крайней впечатлительностью, отсутствием «внутренней опоры», поиском помощи окружения, неопределенностью, колебанием между доверием и угрозой.

3. Проявления шизоидного типа имеют особенности в поведении, эмоциональной и когнитивной сферах. Людям с данным типом психопатии свойственна аутистичность, оторванность от реальной картины окружающей действительности, нарушенность аутентичности, парадоксальность восприятия и обратной связи с окружением, спецификой эмоциональных реакций и поведения, несоответствующих контексту ситуаций. Для социального окружения являются странными и непонятными личностями.

→ Отдельная категория в данной группе – это мечтатели, отличающиеся «тонкой натурой», т.е. люди легко ранимые, ярко болезненно воспринимающие жестокие реалии действительности, что может спровоцировать их замкнутость и погруженность в свои мечты и фантазии, что является некой формой компенсации гнетущих событий реальности. По хрупкости нервной организации их можно сравнить с астениками, а особенности аутистического характера и отрешенность от действительности роднит их с истинными шизоидами.

4. Психопатов-параноиков П.Б. Ганнушкин подразделяет на истинных параноиков и фанатиков.

→ Параноики характеризуются выраженной склонностью к сверхценным идеям, что является их постулатом в взаимоотношениях с социальным окружением и событиям действительности в целом.

Социальные взаимодействия выстраивают через призму своих ценностей, убеждений и мировоззрения для воплощений основной идеи, которая может охватывать все сферы их жизни в конкретный момент времени. Фиксация на значимости собственной личности.

→ Фанатики отличаются болезненной страстностью к идее, деятельности, объекту, личности и т.д., что поглощает сферы их жизни полностью и подчиняет служению, поклонению, воплощению и т.д., в зависимости от контекста. От параноиков отличаются тем, что не фиксации на значимости собственной личности, а наоборот, сосредоточение на объекте поклонения, служения и т.п.

5. Психопаты-эпилептоиды имеют следующие признаки: несмотря на то, что людям данного типа свойственны активность, увлеченность и страстность в отношениях, деятельности, убеждениях, проявлениях поведения, эти особенности часто имеют крайне негативный характер, что выражается в резких эмоциональных реакциях, импульсивности, приступах неудержимой ярости, аморальных поступках. Людям данного типа свойственны приступы расстройства настроения, характеризующимися страхом, тоской, раздражительностью, гневом и т.д.

6. Группа истерических характеров подразделяется на психопатов истеричного типа и патологических лгунов.

→ Психопатам истерического типа свойственно привлекать внимание социума к своей «персоне» с помощью нестандартных поведенческих проявлений и эмоциональных реакций, в контексте различных ситуаций. Характеризуется гипертрофированным стремлением быть «в центре внимания», независимо от способов достижения данной цели, отсутствием объективной самооценки, искажением восприятия реалий, неспособность к здоровой рефлексии.

→ Данная подгруппа имеет сходство с психопатами истерического типа, но отличительной особенностью паталогических лгунов является чрезмерный акцент на яркие образы незрелой фантазии, которые вплетаются в настоящую действительность психопата и выдаются им в поведении, деятельности, рассказах, как истинные, с целью максимальной фиксации на привлечении внимания и приукрашении образа «своего Я» или своей жизни. Характеризуется моральными дефектами.

7. Отличительными особенностями группы неустойчивых психопатов являются конформность, неопределенность, размытость идентичности и аутентичности, склонность к различным аддикциям, неаккуратность, лень, непостоянство в отношениях, поступках, нежелание и неспособность брать ответственность.

8. Антисоциальные психопаты, в отличие от других групп психопатий, являются наиболее опасными личностями с большим спектром поведенческих и эмоциональных характеристик, являющихся причинами многих негативных событий, ситуаций и преступлений. Характеризуются ярковыраженными моральными дефектами. Отличительные черты – жестокость, грубость, отсутствие эмпатии, тем не менее четкая осознанность действий и мотивов.

9. Психопатам конституционально-глупого типа свойственны когнитивная и эмоциональная незрелость, врожденная ограниченность, ригидность мышления, неумение рефлексировать, ярко выраженный консерватизм, как защитный механизм, позволяющий объяснить или компенсировать нелепость поведения, поступков. Четкое следование тем или иным правилам, даже если они уже не актуальны.

Таким образом, на основе проанализированных групп психопатий, можно предложить модель взаимодействия психолога-консультанта с клиентами, имеющими в анамнезе данный вид расстройства.

Первое, на чем важно сосредоточить фокус внимания – это компетентность специалиста, ведущего консультацию с клиентом данной категории. В зависимости от сферы профессиональной деятельности и специальности консультанта, будут отличия в специфике проведения консультации.

С данной категорией клиентов могут работать:

→ психиатр;

→ психотерапевт

→ клинический психолог

Направленность терапевтического воздействия и применения методов и технологий будут отличаться, также, в зависимости от целей, задач, средств и типа психопатии.

Важно учитывать следующие особенности:

1. Фокус внимания психиатра – это само расстройство. Нозология, динамика протекания, особенности проявления, способы изменения состояния посредством медикаментозного воздействия.

2. Психотерапевт работает с причинно-следственными компонентами, влияющими на личность пациента в целом, проявления его расстройства, с учетом влияние бессознательного. Помогает пациенту осознать причины, проработать травмы, ослабить их влияние на протекание расстройства и т.д.

3. Фокус внимания клинического психолога направлен на ресурсы клиента, способствующие его социальной адаптации, а также развитию конструктивных черт личности и здоровых паттернов поведения. Психолог помогает клиенту адаптироваться не только в том или ином социальном окружении, зная специфику его расстройства, но и адаптироваться клиенту в отношении самого себя, посредством самораскрытия, самопринятия и мотивации к изменению, личностному росту, с учетом индивидуальных возможностей.

Поэтому, модель взаимодействия психолога-консультанта с клиентами, имеющими в анамнезе психопатии включает в себя следующие этапы и компоненты:

→ Первый этап взаимодействия направлен на установление контакта с клиентом, сбор данных, уточнение диагноза, планирование дальнейшей работы. На данном этапе важно уточнить к какой группе психопатий относится расстройство у клиента, чтобы при планировании психологического сопровождения и оказания помощи, учитывать специфику проявления в поведении, когнитивной и эмоциональной сферах, обратившегося за помощью [1].

Также важно обратить внимание на то, что психологическая работа с данной категорией клиентов осуществляется **не** в кризисный период (или период обострения) расстройства! ***Иначе работа будет неэффективна или может причинить вред клиенту***.

→ В зависимости от типа психопатии, важно акцентировать внимание на психологических школах и подходах, которые будут наиболее эффективны при работе. То есть, психолог должен проанализировать уместность применения, например когнитивно-поведенческого, клиентцентрированного или психоаналитического

подходов, а возможно, логично будет использовать смешанный подход в работе с тем или иным видом психопатии.

Если мы обратимся к характеристикам психопатий по классификации П.Б. Ганнушкина (рис.1), то отметим особенности тех или иных проявлений расстройства, а также черты, являющиеся ресурсными для клиента, которые мы можем задействовать в психологической работе, поэтому выбранный подход или школа, позволят обозначить цели и задачи, а также подобрать психологические методы, методики и техники.

→ Проведение психодиагностики, подтверждение гипотезы, начало работы. На данном этапе психолог посредством психодиагностических методов уточняет и выявляет психологические особенности и ресурсы клиента и начинает коррекционно-развивающую работу.

→ Промежуточная диагностика, уточнение позитивной динамики.

→ Завершающий этап, итоговая диагностика, подтверждение позитивных изменений в поведении, когнитивной и эмоциональной сферах клиента, с учетом задействованных в психологической работе личностных ресурсов клиента. Рекомендации.

На последнем этапе психологической работы и взаимодействия психолога-консультанта и клиента, важно акцентировать внимание на тех результатах, которые удалось достичь. Также, важно уточнить, насколько клиент овладел инструментами психологической самопомощи и может их применять в дальнейшем самостоятельно.

Важным аспектом является дальнейшее периодическое психологическое сопровождение клиента, с целью профилактики рецидивов негативных паттернов поведения и эмоциональных проявлений. Временной интервал встреч может варьироваться от 1-2 раз в 3, 6, 12 месяцев с даты последнего взаимодействия.

Ниже представлена модель взаимодействия психолога-консультанта с клиентами, имеющими в анамнезе психопатии в виде схемы (рис.2).

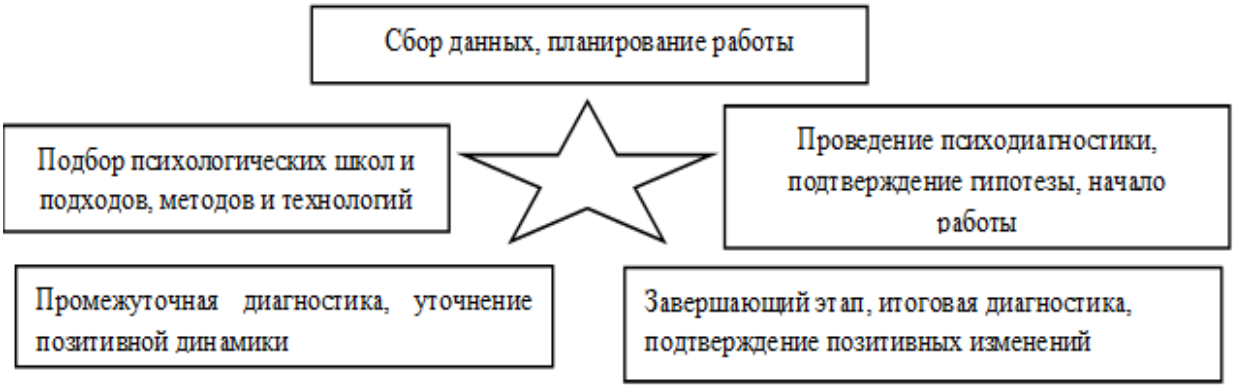

Рис. 2 - модель взаимодействия психолога-консультанта с клиентами, имеющими в анамнезе психопатии

Литература

1. Авдонина О. С. Преимущества эклектического подхода в профессиональной деятельности психолога-консультанта / О. С. Авдонина // Актуальные проблемы психологии и педагогики : сборник научных трудов IV Всероссийской научно-практической конференции, «Славяно-Греко-Латинская Академия; АНО ВО «Славяно-Греко-Латинская Академия». – СПб.: НИЦ АРТ, 2023. – С. 8-12. – EDN RHEORB.

2. Классификация психопатий П. Б. Ганнушкина. [Электронный ресурс] URL: https://blog.studylie.ru/klassifikacija-psihopatij-p-b-gannushkina/ (Дата обращения 29.03.2024).

3. [Электронный ресурс] URL: https://yandex.ru/images/ search?Rpt=simage&noreask=1&source=qa&text=Пётр+Ганнушкин+психиатр&imgurl=https%3A//rus.team/images/article/3649/2018-02-22-785_14386-2355453.webp&lr=213&nomisspell=1&srcskip=IMAGESQUICK&srcskip=IMAGESULTRA&snip=exps=img_exp_text_ranker=dummy_passage_ranker&relev=new_family_filter_disable=1 (Дата обращения 29.03.2024).

МОДЕЛЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПСИХОЛОГА С КЛИЕНТАМИ, ИМЕЮЩИМИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ

Н. В. НИКОЛАЕВА

Взаимодействие психолога с клиентами, страдающими психосоматическими нарушениями, требует особого подхода и внимания. Психосоматика изучает взаимосвязь между психическим и физическим состоянием человека, подчеркивая влияние психологических факторов на физиологию организма. Психосоматические расстройства могут проявляться в виде различных симптомов, таких как боли, головные боли, расстройства желудка и другие физические проявления, которые имеют психологическую природу.

При работе с клиентами, страдающими психосоматическими нарушениями, психолог должен учитывать не только физические симптомы, но и психологические причины, лежащие в их основе. Это требует комплексного подхода к диагностике и лечению, включающего как физическое, так и психологическое воздействие.

Модель взаимодействия психолога с клиентами, имеющими психосоматические нарушения, представляет собой специально разработанный подход к работе психолога с людьми, у которых физические симптомы имеют психологическую природу. Эта модель включает в себя стратегии, методы и принципы, направленные на помощь клиентам в понимании и преодолении психосоматических проявлений.

Основные аспекты модели взаимодействия психолога с клиентами, страдающими психосоматическими нарушениями, могут включать в себя:

1. Доверительная обстановка. Важно создать доверительную атмосферу, чтобы клиент чувствовал себя комфортно и мог открыто обсуждать свои проблемы. Психолог должен проявлять эмпатию и понимание к клиенту.

2. Индивидуальный подход. Каждый человек уникален, и подход к нему должен быть индивидуализированным. Психолог должен учитывать особенности личности клиента, его историю и контекст. Психолог проводит детальное изучение симптомов и

истории клиента для определения психологических факторов, влияющих на его физическое состояние.

3. Понимание психосоматических механизмов. Психолог должен иметь глубокое понимание взаимосвязи между психическим и физическим состоянием человека. Это поможет ему эффективнее помогать клиенту. Психолог может объяснить клиенту, как эмоции, стресс и психологические проблемы могут влиять на его здоровье.

4. Совместная работа с другими специалистами. Часто эффективное лечение психосоматических расстройств требует совместной работы психолога с врачами других специальностей, такими как терапевты, неврологи или ревматологи. Психолог может работать в команде с врачами и другими специалистами для комплексного подхода к лечению клиента.

5. Терапевтические методики. Психолог может использовать различные терапевтические методики, такие как когнитивно-поведенческая терапия, психодинамическая терапия, медитация, релаксация и другие для помощи клиенту в управлении психосоматическими симптомами.

6. Обучение саморегуляции и релаксации. Помощь клиенту в освоении навыков саморегуляции, таких как дыхательные упражнения, медитация или релаксация, может быть эффективным способом управления стрессом и снижения физических проявлений психосоматических расстройств.

7. Работа с эмоциями. Часто психосоматические расстройства связаны с подавленными эмоциями и стрессом. Психолог помогает клиенту осознать и выразить свои эмоции, что способствует улучшению его физического состояния. Оказывает помощь клиенту в управлении стрессом и разрешении психологических конфликтов, которые могут приводить к физическим проявлениям.

8. Постепенное введение физической активности. В случаях, когда физическая активность может помочь улучшить состояние клиента, психолог может постепенно вводить ее в терапевтический процесс.

9. Работа над установками и убеждениями. Изменение негативных установок и убеждений может повлиять на психосоматические симптомы клиента. Психолог помогает клиенту пересмотреть свое отношение к себе и своему здоровью.

10. Следование этическим нормам. При работе с клиентами с психосоматическими расстройствами важно соблюдать этические нормы профессии психолога, включая конфиденциальность информации и уважение к клиенту.

Модель взаимодействия психолога с клиентами, имеющими психосоматические нарушения направлена на помощь клиентам в понимании и преодолении психосоматических проблем с целью улучшения их общего благополучия.

В целом, работа психолога с клиентами, страдающими психосоматическими нарушениями, требует комплексного подхода, сочетающего в себе знания из области психологии и медицины, учитывающему как психологические, так и физические аспекты здоровья человека. Понимание тесной связи между психикой и физиологией человека поможет психологу эффективно помогать клиентам в преодолении их проблем.

Литература

1. Николаева Н. В. Биопсихосоциальная модель здоровья как динамическая система // Современный спорт как сложное социокультурное явление. Отношение спорта и массовой культуры, их взаимосвязь. Сборник научных материалов. Санкт-Петербург, 2023. С. 15-17.

2. Николаева Н. В. Модель развития психологической службы в контексте цифровой трансформации // Современное образование: традиции и инновации. 2021. № 2. С. 194-198.

3. Николаева Н. В. Современные тенденции психологического консультирования кризисных состояний // Актуальные проблемы психологии и педагогики. Сборник научных трудов научно-практической конференции. Автономная некоммерческая организация высшего образования «Славяно-Греко-Латинская Академия». Санкт-Петербург, 2023. С. 70-72.

МОДЕЛЬ ИНДИВИДУАЛЬНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЯ ПО ВОПРОСАМ СОВЛАДАНИЯ С КРИЗИСНЫМИ СИТУАЦИЯМИ

З. Г. ХАНОВА

Для создания модели консультирования предпринимателя по вопросам совладания с кризисными ситуациями было проведено экспериментальное исследование стратегий поведения в кризисных ситуациях предпринимателей, в котором принимали участие как успешные, так и неуспешные предприниматели. Для повышения достоверности результатов исследования применялось как тестирование, так и интервьюирование респондентов. Логика исследования включала в себя выявление ситуаций, которые предприниматели воспринимают как кризисные, их самоотчет и рефлексию своего поведения в кризисных ситуациях, констатацию выбираемых стратегий поведения с помощью специальных методик исследования, соотнесение осознаваемой и неосознаваемой значимости отдельных ситуаций, сравнительный анализ данных по различным методикам.

В результате проведенного исследования были выделены характеристики кризисных ситуаций и кризисов, определены наиболее значимые и тревожащие кризисные ситуации в деятельности и в сфере частной жизни, выделены эффективные стратегии поведения в кризисных ситуациях в предпринимательской деятельности, что в совокупности позволило получить значимые дополнительные данные по проблеме исследования. В частности, в качестве детерминант кризисных ситуаций в предпринимательской деятельности выступают личные ошибки предпринимателя, относящиеся прежде всего к прогнозированию деятельности и ее возможных осложнений, а также к кадровым вопросам [3].

Большая часть респондентов ориентирована на предупреждение кризисных ситуаций, а не на их решение. Тем не менее, возникшие ситуации решаются с помощью интеллектуального анализа и активного преобразования.

Такие зарекомендовавшие себя в психологической практике стратегии преодоления, как поиск поддержки и восприятие кризисной ситуации как обучающей и развивающей, оказываются неэффективными в предпринимательской деятельности. Однако

отсутствие этих стратегий в сфере частной жизни не способствует гармонизации отношений.

Полученные данные позволили также констатировать наличие у предпринимателей такого вида психологической защиты в кризисных ситуациях, как эмоциональная отстраненность, которая также отрицательно сказывается на личных отношениях.

Осмысление значимости полученных экспериментальных данных для сферы практической деятельности психолога позволило смоделировать два направления работы, построенные на полученных данных: оказание помощи начинающим предпринимателям и индивидуальное консультирование успешных предпринимателей.

В рамках данной модели были осмыслены принципы консультирования предпринимателей, разработаны краткие программы занятий, созданы или модифицированы техники психологической помощи.

Модель индивидуального консультирования предпринимателя построена на основании значимых данных проведенного экспериментального исследования. В качестве ее теоретико-практических оснований сформулированы следующие положения:

1) успешным предпринимателем не востребована психологическая помощь в кризисных ситуациях в деятельности;

2) успешный предприниматель нуждается в психологической помощи при возникновении кризисных ситуаций в сфере частной жизни [1];

3) успешный предприниматель предъявляет высокие требования к психологу, который должен:

– иметь высокий статус (научную степень, положение в обществе, авторитет среди коллег и клиентов и др.);

– иметь материальное положение выше среднего;

– быть интересным, с хорошей эрудицией, гибким и творческим человеком;

– проявлять себя как сильная уверенная в себе личность;

– вызывать доверие;

4) успешный предприниматель предпочитает психолога, не вовлеченного в бизнес.

Выявленные на основе теоретического анализа психологической литературы и экспериментального анализа позволили выделить основные принципы оказания

предпринимателю психологической помощи, которые и представлены в таблице № 1.

Таблица № 1

Принципы психологического консультирования предпринимателя, находящегося в кризисной ситуации

Принципы	Характеристики принципов
Установление интеллектуального контакта	Основным принципом психологической помощи человеку, находящемуся в критической ситуации, считается установление эмпатического контакта. В ходе исследования была выявлена редукция эмоций у предпринимателей, эмоциональная отстраненность. Кроме того, ведущей стратегий совладания является интеллектуальная стратегия (анализ и оценка ситуации и ее причин, прогнозирование и т.д.). Несомненно, в ходе консультативной работы необходимо будет обращение к чувствам и эмоциям клиента. Но на начальных стадиях они, как правило, срыты, и проявление психологом сопереживания может быть неуместным.
Опора на сильные качества клиента	К психологическим особенностям предпринимателя относятся, как правило, самостоятельность, ответственность, гибкость мышления, высокий уровень рефлексивности, положительная самооценка и др. Именно эти качества и должны учитываться консультантом.
Проявление уважения	Успешный предприниматель является самостоятельным, независимым и авторитетным человеком. Он все же нуждается в постоянном признании и подтверждении.
Психологическая поддержка	Предприниматель, уверенный в себе в процессе деятельности, может быть уязвимым при возникновении проблем в личной жизни и невозможности их активного преобразования привычными способами. В данном случае в качестве поддерживающей может быть информация о том, что жизненный ресурс личности не позволяет человеку быть успешным во всех сферах.

Фокусированность на общих стратегиях жизни	Рассматривая принципы психологической помощи человеку, находящемуся в кризисной ситуации, специалисты обычно рекомендуют фокусировку на основной проблеме. В случае с успешным предпринимателем, находящемся не в состоянии кризиса, а в кризисной ситуации, необходимо сконцентрировать внимание на общих стратегиях жизнедеятельности. Как показали наши исследования, критические ситуации в личной жизни предпринимателя характеризуются большой частотой возникновения, повторяемостью или имеют затяжной характер. В большинстве случаев они определяются и провоцируются стратегиями, приносящими предпринимателю успех в его деятельности. Понимание этого факта и попытка пересмотра стратегий, используемых в личной жизни, являются важным этапом консультирования предпринимателей.

Модель консультирования успешного предпринимателя по вопросам совладания с кризисными ситуациями включает в себя два этапа: рефлексивно-диагностический и поисковый.

Психологическое консультирование начинающего предпринимателя может включать в себя обучающий этап. В данном случае на обучающем этапе начинающий предприниматель знакомится с эффективными стратегиями совладания с критическими ситуациями, характерными для успешной предпринимательской деятельности [5]. Опишем каждый из этапов.

1. Рефлексивно-диагностический.

Основное внимание уделяется исследованию проблемы и причин ее возникновения. Следует учитывать, что в большинстве случаев предприниматель сам формулирует проблему. Его формулировка чаще всего состоит из констатации факта наличия и краткого обозначения кризисной ситуации. При этом обычно не присутствует упоминание о собственных чувствах и переживаниях [4]. В процессе консультирования важно обратить на это внимание клиента.

Далее консультант может предлагать предпринимателю несколько упражнений и психотехник. Авторские психотехники описаны в таблице № 2.

Таблица № 2

Психотехники рефлексивно-диагностического этапа

Психо-техника	Цели	Краткая характеристика
«Дом и работа»	Выяснить отличия частной жизни от предпринимательской деятельности. Выделить, какие стереотипы поведения и стратегии, привычные в бизнесе, оказывают разрушительное действие на личную жизнь.	Предпринимателя просят описать себя дома и в процессе деятельности. Затем лист бумаги делится на две части и предлагается написать отличительные характеристики первого и второго пространства. Затем на листе схематично обозначаются значимые люди каждого пространства и предлагается оценить формальную и реальную степень близости с каждым из них.
«Как живут мои эмоции»	Осознать свои эмоциональные проявления. Возможно, увидеть эмоциональную отстраненность. Понять, что последствия этого все равно негативно проявляются в жизни человека.	Вначале предприниматель перечисляет все известные ему эмоции.Затем анализирует, какие из них он чаще всего испытывает. После этого ему предлагается пофантазировать, куда деваются эмоции, которые он не проявляет, где и в качестве кого они живут.
«Трансформация круга близких людей»	Увидеть, были ли значимые изменения круга близких людей в процессе повышения успешности предпринимательской деятельности. Если были, то прояснить осознанность, причины и результаты этих изменений.	Предприниматель чертит круги отношений, которые были у него в юности до начала предпринимательской деятельности и на начальных этапах. Отслеживает, как они менялись в процессе экономического роста и каков этот круг в настоящий момент. Далее он предлагает различные интерпретации выявленных трансформаций.
«Психологическая плата»	Сформировать представления о жизненном ресурсе и осознать, что человек не может быть высокоуспешным во всех сферах жизни. Осознать неизбежность психологической платы за успешность.	Предпринимателя просят символически изобразить свои запасы жизненной энергии и составить смету их расхода и прибыли. При этом, фиксируется соотношение сфер, куда они уходят и откуда берутся. Предпринимателю предлагается составить список своих психологических плат (чем платит, кому или чему, в чем выгода приобретений).

2. Поисковый этап.

На поисковом этапе рассматривается имеющийся опыт решения кризисных ситуаций и поиск новых эффективных способов выхода из них.

Учитывая, что для успешного предпринимателя характерно использовать активно-преобразующие, превентивные и интеллектуальные стратегии совладания [2], имеет смысл познакомить его с другими стратегиями:

- вступление в контакт;
- эмоциональное реагирование;
- поиск поддержки;
- философское осмысление ситуации и восприятие ее как фактора собственного развития.

В процессе консультирования на данном этапе могут быть применены элементы психотерапевтических техник.

Наиболее эффективными направлениями будут рациональное, когнитивное, поведенческое, а также гештальтподход.

При необходимости и востребованности можно ознакомить предпринимателя с методами психологической самопомощи и методиками релаксации.

3. Обучающий этап.

Если успешные предприниматели самостоятельно и эффективно решают кризисные ситуации в деятельности, то начинающим предпринимателям может быть полезен тренинг эффективных стратегий поведения в критических ситуациях предпринимательской деятельности.

Тематика и содержательные характеристики тренинговых занятий

Занятие № 1.

Тема: "Кризисная ситуация в предпринимательской деятельности".

Программа занятия.

1. Типы кризисных ситуаций в бизнесе.

Начинающим предпринимателям или студентам предлагается следующее задание: "Опишите свою предпринимательскую деятельность, ответив на вопросы, чем Вы занимаетесь, в какой сфере, какие обязанности лично у Вас и т.д. Затем попытайтесь спрогнозировать возможные кризисные ситуации в вашем бизнесе

как реалистические, так и фантастические. какова их причина? Что Вы будете делать в первую очередь? Можно ли предотвратить такие ситуации?"

Затем участники тренинга изучают таблицу с типами кризисных ситуаций, выделенными успешными предпринимателями (в ходе эмпирического исследования в рамках данной диссертационной работы). Им предлагается сравнить свои прогнозы и типы кризисных ситуаций, представленные в таблице. Для групповой рефлексии можно использовать следующие вопросы:

– есть ли в индивидуальных ответах и в данных на таблице существенные расхождения?

– существуют ли фантастические ситуации участников тренинга, которые описаны как реальные успешными предпринимателями?

– какие ситуации не были названы ни одним участником? почему?

– могут ли быть полезны сведения в таблице для предотвращения кризисных ситуаций?

2. Отличие кризисной ситуации от кризисов.

Ведущий читает лекцию, освещающую отличия кризисных ситуаций от кризисов, используя как данные научной литературы, так и мнения успешных предпринимателей. Участникам предлагается соотнести собственные представления и материалы, предоставленные ведущим. Процесс саморефлексии членов тренинговой группы желательно направить на способы разрешения кризисных ситуаций и проживания кризисов. Полезны могут быть следующие вопросы:

– бывали ли у Вас кризисы?

– чувствуете ли Вы себя беспомощными в периоды кризисов?

– какие деструктивные способы Вы используете для разрешения кризисных ситуаций?

– какие конструктивные способы есть в вашем опыте?

– было ли неумение справиться с кризисом или серьезной кризисной ситуацией причиной ваших неудач?

– в какой сфере жизни это было (в бизнесе или в частной жизни) и т.д.

3. Диагностика уровня значимости кризисных ситуаций.

В процессе выполнения данной задачи используются тестовые материалы, описанные в эмпирической части исследования. Рефлексию полученных результатов можно дополнить сопоставлением своих данных со значимыми ситуациями успешных предпринимателей (по материалам эмпирического исследования).

Занятие № 2.

Тема: "Интеллектуальные стратегии совладания".

Программа занятия:

1. Составление списка возможных интеллектуальных стратегий.

Ведущий знакомит участников тренинга с выводами эмпирического исследования, согласно которым большинство успешных предпринимателей чаще всего используют интеллектуальные способы решения кризисных ситуаций. В процессе групповой работы участники составляют список возможных интеллектуальных стратегий. Эта часть занятия может быть проведена двумя способами:

– с помощью обращения к личному опыту и самоанализа собственных интеллектуальных стратегий;

– в процессе группового решения интеллектуальными способами различных вариантов кризисных ситуаций (ситуации предлагаются ведущим или моделируются группой).

Затем полученный список стратегий сравнивается с материалами диссертации, в которых представлены интеллектуальные стратегии, предпочитаемые успешными предпринимателями.

2. План анализа проблемы.

Используя любую смоделированную или реальную ситуацию в ходе групповой работы, составляется план анализа проблемы и намечаются возможные варианты ее решения.

План анализа проблемы должен включать в себя следующее:

– анализ возможных причин возникновения;

– внешние факторы, которые трудно было учесть;

– собственные "промахи", "слабые места", возможные "перекосы" и т.п.;

– неучтенные факторы;

– ошибки прогнозирования;

– существующие трудности и сложности (в производстве, сбыте, качестве, коллективе и т.д.);

– особенности человеческого фактора и др.

3. Научные методы анализа.

Данная часть предполагает лекционную часть, посвященную:

– формам и видам мышления;

– особенностям саногенного, латерального, творческого мышления;

– методам сбора и анализа информации;

– выдвижению и проверке гипотез;

– способами и механизмам принятия решений;

– влиянию иррациональных убеждений на способы поведения и типы восприятия ситуаций и т.д.

Обозначенные темы могут быть представлены следующим образом:

– как краткие микросообщения;

– как семинары-дискуссии;

– как полноценные лекции (отдельно по каждой теме).

Выбор вида занятия может определяться временем, выделенным на встречи с участниками тренинга и особенностями, уровнем психологической компетентности членов группы.

4. Фантастически подходы к устранению причин возможных кризисных ситуаций.

Участникам тренинга предлагается придумать фантастические способы предупреждения кризисных ситуаций. При этом ведущий может развернуть на данном занятии работу, направленную на личностное консультирование каждого члена группы, так как в процессе творческой работы проявятся особенности отношения участников к другим людям, наличие смирение или нетерпения, властность или ущемленность, робость, агрессивные тенденции, тактики уступок и т.д. Все перечисленные характеристики, как правило, тесно связаны с основными личностными особенностями, типичными психологическими защитами, моделями неосознаваемого поведения.

Занятие № 3.

Тема: "Активные стратегии преобразования или устранения кризисных ситуаций".

Программа занятия.

1. Активные стратегии и их проявление в сфере управления сотрудниками.

Проводится групповая дискуссия по следующим вопросам:

- всегда ли менеджмент является активным?
- когда неуместны активные стратегии управления?
- какие активные стратегии менеджмента известны?

Затем участникам предлагается написать ответы на такие вопросы:

- насколько активна ваша жизненная позиция?
- Вы одинаково активны и дома и на работе?
- какие активные стратегии управления были применены к Вам (в семье, в школе, на работе и т.д.).

В ходе занятия сам вопрос о том, что можно назвать активным, а что неактивным, может стать предметом отдельного осмысления и выявить особенности личностных позиций участников группы, помочь в прогнозировании возможных проблем в сфере управления людьми и осуществления контактов при организации собственного бизнеса.

2. Активное взаимодействие.

Участникам предлагается заполнить таблицу.

Сферы проявления	Примеры тактик и стратегий	Собственные проблемные зоны
Активное взаимодействие с партнерами		
Активное взаимодействие с конкурентами		
Активные меры по нейтрализации объективных факторов		
Активное взаимодействие с властными структурами		

3. Составление программы активных действий по каждой из ситуаций, приведенных в списке (в эмпирической части исследования).

Занятие № 4.

Тема: "Методы психологической самопомощи в кризисных ситуациях".

Программа занятия:

1. Самоанализ методов разрешения кризисных ситуаций и проживания кризисов.

Каждому участнику дается задание вспомнить, каким образом он чаще всего проживает трудности. Предлагается начинать фразу со слов: "Обычно Я…". В ходе обсуждения ведущему необходимо обращать внимание на следующее:

– что именно оценивается участником как жизненная трудность;

– продуктивность или непродуктивность проживания ситуации и разрешения кризисных проблем с точки зрения научной и с точки зрения самоэффективности самого участника;

– степень саморефлексии и самоанализа члена группы;

– степень осознанности опыта и понимание его источников;

– готовность к изменениям и усвоениям новых способов;

– причины отказа использовать всем известные методы и приемы;

– степень индивидуальности и оригинальности;

– наличие или отсутствие позерства и т.д.

2. Методы сохранения положительной самооценки и профилактики развития эмоционального истощения.

Участники тренинга знакомятся с перечисленными методами. Им также может быть предложена программа занятий, включающая в себя изучение методов саморегуляции, релаксации, в том числе, и методы телесно-ориентированной психотерапии. Особое внимание может быть уделено методам самоподдержки и активизации психологических ресурсов.

Таким образом, представленная модель индивидуального консультирования предпринимателя по вопросам совладания с кризисными ситуациям включает в себя описание форм работы как с успешными предпринимателями, так и с находящимися на начальном этапе предпринимательской карьеры.

Основными принципами консультирования в рамках данной модели являются следующие: установление интеллектуального

контакта, опора на сильные качества предпринимателя (самостоятельность, инициативность, креативность, высокая самооценка и др.), проявление уважения, психологическая поддержка, сфокусированность на общих стратегиях жизни.

Модель психологического консультирования включает в себя рефлексивный, поисковый и обучающий этапы. В процессе консультирования эффективной будет работы с жизненными пространствами личности, кругом значимых близких, особенностями эмоциональных проявлений и жизненным ресурсом личности.

Литература

1. Анцыферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психология социальных ситуаций / Сост. Н. В.Гришина. СПб., 2001. С.309 – 334.

2. Журавлев А. Л., Позняков В. П. Социальная психология российского предпринимательства: концепция психологических отношений. М.: Институт психологии РАН, 2012. 480 с.

3. Лапуста М. Г. Предпринимательство. М.: НИЦ ИНФРА-М, 2024. 384 с.

4. Филинкова Е. Б. Психология российского предпринимательства: учебное пособие. М.: Ректор, 2007. 288 с.

5. Ханова З. Г. Стратегии поведения успешных предпринимателей в кризисных ситуациях: дис. ... канд. пс. наук. СГТУ: Ставрополь, 2005.

АЛГОРИТМЫ ДЛЯ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИСТОВ

Н. В. НИКОЛАЕВА

АЛГОРИТМ ГРУППОВОГО ЗАНЯТИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Группа может состоять из людей разного возраста и профессий как имеющих, так и не имеющих психосоматические нарушения.

В ходе обсуждения участники с имеющимися нарушениями психосоматического спектра рассказывает о своем опыте с психосоматическими проявлениями.

Например:

Один участник рассказывает о том, как после развода супруга у него начались проблемы с желудком и появились боли в области живота, несмотря на то, что физически он был здоров.

Другой участник делится своим опытом о том, как после потери работы у него возникли проблемы с сердцем и артериальным давлением.

Третий участник рассказывает о том, как стресс на работе привел к хронической усталости и бессоннице.

Далее все участники обсуждают, какие факторы могут спровоцировать психосоматические проявления, как они влияют на физическое здоровье и как можно подходить к лечению таких состояний. Обсуждаются методы релаксации, психотерапии, физической активности и другие способы справиться с психосоматическими проявлениями. Участники делятся своими методами самопомощи и поддерживают друг друга в поиске решений для улучшения своего психоэмоционального и физического состояния.

АЛГОРИТМ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПСИХОЛОГА И КЛИЕНТА В РАЗРЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ СВЯЗАННОЙ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Технические аспекты взаимодействия психолога и клиента в разрешении психосоматической проблематики:

1. Идентификация и осознание эмоциональных триггеров.

Психолог работает с клиентом над идентификацией эмоциональных триггеров, которые могут вызывать психосоматические проявления. Клиент узнает, что стресс, тревога или подавленные эмоции могут быть причиной его физических симптомов. Психолог помогает клиенту осознать эту связь и разработать стратегии для управления своими эмоциями.

2. Обучение методам релаксации и саморегуляции.

Психолог проводит с клиентом сеансы релаксации, медитации или другие методы саморегуляции. Клиент учится использовать эти методы для снижения уровня стресса и напряжения, что может помочь в уменьшении психосоматических проявлений. Психолог поддерживает клиента в применении этих навыков в повседневной жизни.

3. Изменение негативных убеждений и мыслей.

Психолог и клиент работают над выявлением и изменением негативных убеждений и мыслей, которые могут усиливать психосоматические проявления. Клиент узнает, какие убеждения могут быть неверными или деструктивными для его здоровья, и психолог помогает ему заменить их на более позитивные и здоровые мысли.

Представим ситуацию взаимодействия психолога и клиента в разрешении проблемы психосоматического расстройства:

Клиент обратился к психологу с жалобами на частые боли в области живота, которые появляются в стрессовых ситуациях. После проведения анамнеза и беседы с клиентом, психолог выявил, что у клиента возникли эти проблемы после тяжелого разрыва отношений с партнером.

Психолог начинает работу с клиентом, направленную на исследование эмоциональных и психологических факторов, которые могут вызывать психосоматические проявления. Они обсуждают

прошлые травмы, страхи, внутренние конфликты и способы, которыми клиент реагирует на стрессовые ситуации.

Психолог помогает клиенту осознать связь между его эмоциями, мыслями и физическими симптомами. Они работают над развитием навыков релаксации, медитации и других методов саморегуляции, чтобы клиент мог более эффективно управлять своим стрессом.

В ходе сессий психолог поддерживает клиента, помогает ему выражать свои чувства, разрешать внутренние конфликты и изменять негативные убеждения, которые могут усиливать его психосоматические проявления. Постепенно клиент начинает замечать улучшения: боли в животе становятся реже, он лучше понимает свои эмоции и научился реагировать на стресс более адаптивным способом. Психолог и клиент продолжают работу над укреплением психологической устойчивости и поддерживают контакт для предотвращения рецидивов психосоматических проявлений.

АЛГОРИТМ РАБОТЫ ПСИХОЛОГА С ДЕТЬМИ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ

Схема работы психолога с ребёнком при психосоматическом заболевании может включать следующие этапы:

1. Оценка и диагностика:
   - Проведение первичной беседы с ребёнком для выявления проблемных областей и стрессовых ситуаций.
   - Сбор анамнеза и анализ медицинских данных о заболевании.
   - Оценка психологического состояния ребёнка с использованием различных методик (например, проективных тестов, анкетирования).
2. Разработка индивидуального плана терапии:
   - Установление целей работы с ребёнком и его родителями.
   - Выбор методов и техник работы, адаптированных к возрасту и особенностям ребёнка.
   - Составление графика занятий и определение частоты консультаций.
3. Проведение терапевтических сессий:
   - Работа с эмоциями и стрессом, помощь в выражении и осознании чувств.

— Обучение ребёнка навыкам саморегуляции (дыхательные упражнения, медитация, релаксация).
— Работа над преодолением страхов и тревожности.

4. Взаимодействие с родителями:
— Консультирование родителей по вопросам поддержки и взаимодействия с ребёнком.
— Обучение родителей методам поддержки ребёнка в повседневных ситуациях.
— Работа над улучшением коммуникации в семье.

5. Оценка результатов и коррекция плана:
— Постоянное отслеживание изменений в состоянии ребёнка.
— Коррекция терапевтического плана в зависимости от полученных результатов.
— Поддержка и мониторинг после завершения терапии для предотвращения рецидивов.

Эта схема работы психолога с ребёнком при психосоматическом заболевании поможет обеспечить комплексный подход к лечению и поддержке ребёнка, учитывая как психологические, так и физиологические аспекты заболевания.

АЛГОРИТМ СОСТАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Психологическое заключение на пациента с психосоматическим заболеванием должно содержать следующие разделы:

1. Общая характеристика пациента: в этом разделе описывается общая информация о пациенте, включая возраст, пол, образование, профессиональную деятельность, семейное положение и другие важные аспекты.

2. История заболевания: в данном разделе приводится информация о начале заболевания, хронология симптомов, предшествующие факторы (стресс, травмы, изменения в жизни), медицинские осмотры и лечение, которые проводились ранее.

3. Психологический анализ: в этом разделе анализируются психологические аспекты заболевания. Описываются эмоциональные состояния пациента, его отношения с окружающими, стиль справления со стрессом, уровень тревожности, наличие

психологических конфликтов и т.д. Также оценивается уровень самосознания и осознание связи между психическим и физическим состоянием.

4. Диагностические методики: в данном разделе описывается использование психодиагностических методик (в т.ч. проективных) для выявления скрытых психологических причин и механизмов заболевания. Приводятся основные результаты и интерпретация символов и образов, выявленных в ходе психодиагностики.

5. Выводы и рекомендации: в заключительном разделе формулируются основные выводы о психологических аспектах заболевания пациента. Предлагаются рекомендации по дальнейшему лечению и поддержке, включая психотерапевтическое вмешательство, работу над стратегиями справления со стрессом, изменениями в образе жизни и т.д.

Пример психологического заключения

Общая характеристика пациента. Пациентка Х., 35 лет, замужем, бездетная, работает менеджером по продажам. Обратилась с жалобами на хроническую боль в области живота, которая не поддается медикаментозному лечению.

История заболевания. Симптомы начались 2 года назад после сложного периода в семейных отношениях. Пациентка переживала стресс из-за конфликтов с мужем и чувства непонимания со стороны родственников. Обратилась к нескольким врачам, провела обследования, но причина болей так и не была установлена.

Психологический анализ. Пациентка высоко тревожна, склонна к самокритике и перфекционизму. Стремится угодить окружающим, подавляет свои эмоции и потребности. В ходе беседы проявляет страх перед потерей контроля над собой и своей жизнью.

Диагностические методики. Проведен тест Роршаха, выявлены признаки сдерживания эмоций и стремления к контролю. В рисунке семьи отмечается изоляция от членов семьи и отсутствие гармонии в отношениях.

Выводы и рекомендации. Психосоматические проявления у пациентки связаны с подавлением эмоций, стрессом и конфликтами в семейных отношениях. Рекомендуется индивидуальная психотерапия для работы над эмоциональными блоками, улучшения самосознания и развития стратегий справления со стрессом.

ПРИМЕРЫ ИЗ ПРАКТИКИ

Н. В. НИКОЛАЕВА

ПЕРВИЧНЫЕ КОНСУЛЬТАТИВНЫЕ ПРИЕМЫ КЛИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ

1) *Ситуация первичной консультации у психолога для клиента с психосоматической симптоматикой может выглядеть следующим образом:*

Клиент, назовем его Александр, обратился к психологу с жалобами на регулярные головные боли, боли в области желудка и проблемы с пищеварением. Александр рассказывает, что обследованиями у врачей он не выявил серьезных физических причин для этих симптомов, и подозревает, что проблемы могут быть связаны с его эмоциональным состоянием.

Психолог встречает Александра в своем кабинете и начинает консультацию с теплого приветствия и создания атмосферы доверия. Психолог интересуется историей жизни Александра, его отношениями, работой, стрессовыми ситуациями, которые могли бы быть связаны с его физическими симптомами.

Александр рассказывает о своем повседневном стрессе на работе, сложностях в отношениях с близкими, ощущении постоянной тревоги и беспокойства. Психолог задает уточняющие вопросы, чтобы лучше понять, какие эмоциональные факторы могут влиять на его физическое состояние.

После того как Александр поделился своими переживаниями, психолог объясняет ему концепцию психосоматики и связь между эмоциями и физическими проявлениями. Психолог обсуждает возможные стратегии работы над управлением стрессом, релаксацией и изменением мыслей.

В конце консультации психолог и Александр обсуждают возможные дальнейшие шаги, такие как регулярные сеансы терапии, разработку индивидуального плана действий и использование методов саморегуляции в повседневной жизни. Психолог

поддерживает Александра и обещает помочь ему в работе над психосоматическими проявлениями.

2) *Пример ситуации, когда клиент не осознает своё психосоматическое заболевание*

Представим ситуацию, когда клиент по имени Елена обратилась к психологу с жалобами на постоянные боли в области живота и проблемы с пищеварением. Елена рассказывает, что уже длительное время страдает от этих симптомов, обращалась к врачам, но никаких серьезных физических причин не было обнаружено.

В процессе первичной консультации психолог начинает задавать вопросы Елене о ее эмоциональном состоянии, стрессовых ситуациях, которые могли бы быть связаны с ее физическими проблемами. Однако Елена отрицает какую-либо связь между своими эмоциями и физическими симптомами. Она утверждает, что все ее проблемы и боли вызваны исключительно физическими причинами.

Психолог продолжает вести диалог, чтобы помочь Елене осознать возможную связь между ее эмоциональным состоянием и физическими проявлениями. Психолог может предложить Елене провести дополнительные тесты или анкетирование, чтобы помочь ей лучше понять свои эмоциональные реакции и их влияние на ее физическое здоровье.

Возможно, через несколько сеансов работы с психологом и осознания связи между эмоциями и физическими проявлениями, Елена начнет понимать, что ее психическое состояние играет ключевую роль в ее заболевании. Таким образом, психолог поможет Елене прийти к осознанию своего психосоматического состояния и начать работу над его улучшением.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЕКТИВНЫХ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Проективные психодиагностические методики могут быть весьма полезны при диагностике психосоматических заболеваний, поскольку они позволяют выявить скрытые психологические причины и механизмы, лежащие в основе физических симптомов. Ниже

представлены особенности применения проективных методик в диагностике психосоматических заболеваний:

1. Проективные методики, в частности:рисуночные или тест Роршаха, позволяют пациенту выразить свои эмоции, мысли и внутренние конфликты через неявные символы и образы. Это помогает выявить скрытые психологические проблемы, которые могут быть связаны с психосоматическими проявлениями.

2. Проективные методики способствуют раскрытию внутренних ресурсов и защитных механизмов пациента, что может быть важно для понимания его способности справляться со стрессом и трудностями, влияющими на состояние здоровья.

3. Проективные методики могут помочь выявить особенности личности пациента, такие как стиль управления со стрессом, уровень тревожности, степень самосознания и т.д., что важно для анализа влияния психологических факторов на состояние его здоровья.

4. Проективные методики способствуют глубокому анализу внутренних конфликтов, травм и эмоциональных проблем, которые могут проявляться через физические симптомы. Понимание этих аспектов поможет разработать более эффективный план лечения и поддержки пациента.

5. Проективные методики могут помочь установить связь между психологическими факторами, стрессом и физическими проявлениями заболевания, что важно для комплексного подхода к лечению и профилактике психосоматических заболеваний.

Таким образом, применение проективных психодиагностических методик в диагностике психосоматических заболеваний может значительно обогатить понимание причин и механизмов развития таких состояний, а также помочь разработать эффективные стратегии лечения и поддержки пациентов.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Какие психические факторы могут влиять на здоровье организма?

2. Какие основные принципы лежат в основе психосоматических и психических расстройств?

4. Какие психосоматические заболевания вы знаете и каковы их основные проявления?

5. Астма: какова взаимосвязь между психическими факторами и приступами бронхиальной астмы.

6. Сердечно-сосудистые заболевания: какова роль стресса и тревожности в развитии и прогнозе сердечно-сосудистых заболеваний.

7. Психосоматические проявления сахарного диабета: какова взаимосвязь между стрессом, эмоциями и уровнем глюкозы в крови.

8. Психосоматика и онкология: в чем заключаются психологические аспекты диагностики, лечения и реабилитации пациентов с раковыми заболеваниями.

9. Психосоматика и репродуктивное здоровье: какова взаимосвязь между психологическими аспектами и функциональными расстройствами репродуктивной системы.

10. Какие методы диагностики психосоматических и психических расстройств существуют?

11. Какова роль стресса в развитии психосоматических заболеваний и психических расстройств?

12. Как психологические факторы могут влиять на течение хронических заболеваний?

13. Какие методы лечения психосоматических заболеваний и психических расстройств используются в современной медицине?

14. В чем заключается взаимосвязь между психическим состоянием и иммунной системой организма?

15. Какие методы психотерапии эффективны при лечении психосоматических заболеваний?

16. Какие психосоматические аспекты нужно учитывать при работе с пациентами с хроническими заболеваниями?

17. Какие эмоциональные состояния могут спровоцировать обострение астмы?

18. Какова роль психотерапии в лечении гипертензий?

19. Какие методы саморегуляции могут помочь в управлении болями?

20. Какие физиологические процессы могут быть нарушены под воздействием психического стресса?

21. Какова взаимосвязь между психосоматикой и онкологией?

22. Какие методы релаксации могут помочь в улучшении состояния пациентов с психосоматическими и психическими расстройствами?

23. Каковы основные принципы работы с пациентами с автоиммунными заболеваниями с точки зрения психологии?

24. Какие методы когнитивно-поведенческой терапии применяются при лечении психосоматических и психических расстройств?

25. Какие психосоматические аспекты нужно учитывать при работе с детьми и подростками?

26. Какова роль семейной терапии в лечении психосоматических заболеваний?

27. Какие методы биофидбека могут использоваться для управления соматическими проявлениями?

28. Какие факторы могут спровоцировать обострение желудочно-кишечных заболеваний?

29. Какова роль эмоционального состояния пациента при выборе методов лечения психических расстройств?

30. Какие методы когнитивной реконструкции могут помочь в управлении хроническими болями?

31. Какова роль социальной поддержки в процессе лечения психических заболеваний?

32. Какие методы арт-терапии могут использоваться при работе с пациентами с психосоматическими и психическими расстройствами?

33. Какие психосоматические аспекты нужно учитывать при работе с пациентами старшего возраста?

34. Какова роль физической активности в профилактике и лечении психосоматических заболеваний?

35. Какова роль дыхательных практик в управлении стрессом и тревожностью у пациентов?

36. Какие методы медитации эффективны при лечении астмы и других дыхательных заболеваний?

37. Какие методы креативного самовыражения могут использоваться для работы с эмоциональными блоками у пациентов с психосоматическими и психическими расстройствами?

38. Какие методы кинезиотерапии эффективны при лечении болей психологического генезиса?

39. Какие методы арт-терапии эффективны при работе с детьми и подростками с психосоматическими расстройствами?

40. Какова роль самопознания и саморазвития в процессе преодоления психосоматических расстройств?

41. Какие методы гипнотерапии эффективны при лечении хронических болей и неврологических расстройств?

42. Какие методы кинезиологии можно применять для выявления эмоциональных блоков у пациентов с психосоматическими заболеваниями?

43. Какие методы стресс-менеджмента эффективны при управлении психосоматическими проявлениями?

44. Какова роль работы с травмами прошлого в процессе лечения психических расстройств?

45. Какие методы нейробиофидбека могут использоваться для коррекции нервно-психических нарушений у пациентов?

ИНФОРМАЦИОННЫЕ РЕСУРСЫ

ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСЫ ПО ПСХОСОМАТИКЕ

1. Для пациентов и специалистов: https://psihosomatika.com - на этом сайте вы найдете информацию о психосоматических заболеваниях, их симптомах, причинах и методах лечения.

3. Медицинский портал "Психосоматика": https://psycho-soma.ru/ - здесь представлена информация о психосоматических расстройствах, статьи о взаимосвязи психики и физического здоровья.

4. "Тело и душа": https://www.psychosomatics.ru - ресурс с информацией о психосоматике, публикациями на тему взаимосвязи физического и психического здоровья.

5. Психосоматика: понимание телесно-психических взаимосвязей: https://psyhologiya.com.ua/psihosomatika/ - материалы о психосоматике, ее основных принципах и методах лечения.

ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСЫ ПО ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ

1. Психиатрия и нейронауки: http://psyandneuro.ru

2. Профессиональное интернет издание Психологическая газета: https://psy.su

3. Научный сетевой журнал «Медицинская психология в России»: http://mprj.ru

4. Пси-Лекторий: https://radio.mediametrics.ru/psylector/ - авторская радио- и телепередача на канале психиатра Виктории Читловой обо всем, что касается психики.

5. "Молекулярная психиатрия": https://www.nature.com/mp/ - сайт на английском языке.

6. Научно-практический портал: https://www.lvrach.ru/partners/grandaxin/15437968

7. Московское отделение Российского общества психиаторов: https://psymos.ru/forum - форум по актуальным вопросам.

Предложенные интернет-ресурсы предоставляют информацию о психосоматических и психических расстройствах, их особенностях, методах диагностики и лечения, что может быть полезно как специалистам, так и пациентам, столкнувшимся с подобными проблемами.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Авдонина Оксана Сергеевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии труда и психологического консультирования, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Государственный университет просвещения».

Бондарук Александр Феодосьевич, кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры психологии и педагогики, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный институт культуры».

Гараганов Артур Владимирович, Ph.D., научный сотрудник центра «Локомотивы роста» кафедры социологии, Федеральное государственное образовательное бюджетное учреждение высшего образования «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации».

Голянич Валерий Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психологии и педагогики, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный институт культуры».

Жмурин Игорь Евгеньевич, кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры истории России, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Государственный университет просвещения»; директор Института практической и клинической психологии, Негосударственное образовательное частное учреждение высшего образования «Международный университет психолого-педагогических инноваций».

Жучкова Тамара Григорьевна, магистрант, Негосударственное образовательное частное учреждение высшего образования «Московский институт психоанализа».

Каяшева Ольга Игоревна, кандидат психологических наук, доцент кафедры детской и подростковой клинической психологии, Негосударственное образовательное частное учреждение высшего образования «Московский институт психоанализа», доцент кафедры консультативной психологии Института практической и клинической психологии, Негосударственное образовательное частное учреждение высшего образования «Международный университет психолого-педагогических инноваций».

Корнейчик Ирина Викторовна, доцент кафедры истории России, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Государственный университет просвещения»; заместитель директора Института практической и клинической

психологии, Негосударственное образовательное частное учреждение высшего образования «Международный университет психолого-педагогических инноваций».

Николаева Наталья Викторовна, кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и клинической психологии, Негосударственное образовательное частное учреждение высшего образования «Московский институт психоанализа», директор научного центра А.Р.Т.

Санжаревская Ирина Николаевна, педагог-психолог, заместитель директора, Муниципальное общеобразовательное учреждение города Подольска «Средняя общеобразовательная школа № 32 имени 177 истребительного авиационного московского полка».

Соловьёва Алла Вячеславовна, кандидат педагогических наук, заведующий кафедрой психологии, Государственное автономное образовательное учреждение высшего образования города Москвы "Московский государственный университет спорта и туризма"

Телятникова Галина Борисовна, клинический психолог, реабилитолог, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница Святого Георгия».

Ханова Зоя Гаджиалиевна, доктор психологических наук, профессор кафедры психологии, Негосударственное образовательное частное учреждение высшего образования Университет «Синергия».

Харушкина Лариса Викторовна, воспитатель, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Санаторий для детей «Огонек».

Ходаковская Ольга Валерьевна, кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры психологии и педагогики, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный институт культуры».

Учебное издание

Авдонина Оксана Сергеевна
Бондарук Александр Феодосьевич
Гараганов Артур Владимирович
Голянич Валерий Михайлович
Жмурин Игорь Евгеньевич
Жучкова Тамара Григорьевна
Каяшева Ольга Игоревна
Корнейчик Ирина Викторовна
Николаева Наталья Викторовна
Санжаревская Ирина Николаевна
Соловьёва Алла Вячеславовна
Телятникова Галина Борисовна
Ханова Зоя Гаджиалиевна
Харушкина Лариса Викторовна
Ходаковская Ольга Валерьевна

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Учебное пособие

Заведующий редакцией: Печнева А. И.
Редакторы: Николаева Н. В., Каяшева О. И.
Оригинал-макет: Хухарева Л. А.

Подписано в печать 17.05.2024.
Формат 60x84/16. Усл. п. л. 16.
Бумага офсетная. Печать цифровая.
Тираж 500 экз. Заказ 2005/24И.

Отпечатано в соответствии с представленными материалами заказчика:
193149, РФ, Ленинградская обл., Всеволожский район, пос. Красная Заря, д. 15

ISBN 978-5-00231-050-0