

Авдони́на О. С. Бучацкая М. В. Гараганов А. В. Жму́рин И. Е.
Жучко́ва Т. Г. Корнейчик И. В. Николаева Н. В. Трушкина О. Ю.

**ПСИХОТЕРАПИЯ
И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ:
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ**

Монография

Санкт-Петербург
2024

УДК 615.851 : 159.9.018

ББК 88.9

П 86

Психотерапия и психологическое консультирование: теоретические и прикладные аспекты. Монография / под общ. ред. Н. В. Николаевой. — Санкт-Петербург: Издательство Научного центра А.Р.Т., 2024. — 66 с.

ISBN 978-5-00231-252-8

Коллектив авторов:

*Авдониная О. С., Бучацкая М. В., Гараганов А. В., Жмурин И. Е.,
Жучкова Т. Г., Корнейчик И. В., Николаева Н. В., Трушкина О. Ю.*

Рецензенты:

*О. П. Афанасьева, кандидат психологических наук, ГАОУ ВО ЛО "ЛГУ им. А. С. Пушкина"
А. Г. Киселев, кандидат медицинских наук, ФГБНУ "НИИ АГиР им. Д. О. Отта"*

Монография представляет собой комплексное исследование в области психотерапии и психологического консультирования, охватывающее как теоретические основы, так и практические применения данных дисциплин. Авторы анализируют ключевые подходы и методы психотерапевтической работы, рассматривают их историческое развитие и современное состояние.

В книге представлены результаты эмпирических исследований, иллюстрирующих эффективность различных терапевтических методов в работе с клиентами. Рассматриваются специфические техники, используемые в разных направлениях психотерапии и консультирования.

Монография будет полезна как студентам и аспирантам психологических факультетов, так и практикующим психологам, и психотерапевтам, желающим углубить свои знания и навыки в области консультирования и терапии. Также она может служить ценным ресурсом для специалистов смежных профессий, интересующихся вопросами психического здоровья и благополучия.

ISBN 978-5-00231-252-8

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

© Коллектив авторов, 2024.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Жмурин И. Е., Корнейчик И. В.

Качественные исследования тревожности в психоаналитическом консультировании: особенности организации и результаты 4

Бучацкая М. В.

О «Святой семерке» психосоматических заболеваний в исследованиях Франца Александера 27

Жучкова Т. Г.

Психотерапия психотического, пограничного и невротического типов личностной организации 30

Авдоница О. С.

Психологическое консультирование клиентов с инверсионными состояниями..... 35

Гараганов А. В.

Нейросоциальный интеллект: развитие человеческого мозга в пространстве интеллектуальных технологий 40

Трушкина О. Ю.

Взаимосвязь эмоционального выгорания и фрустрированности социальных потребностей у матерей 53

Николаева Н. В.

Индивидуальное психологическое консультирование как форма работы по оптимизации нервно-психической устойчивости..... 59

КАЧЕСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ В ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ: ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ И РЕЗУЛЬТАТЫ

Жмурин И. Е., Корнейчик И. В.

Современный этап истории консультативной и психотерапевтической практики включает достаточно разнородное пространство практик из разных теоретических подходов психотерапии и психологического консультирования. История исследований психотерапевтической практики и формирования ее теории всегда была достаточно напряженной, а обусловлено это было попыткой разобраться в их содержании как самих специалистов, так и извне (представителей государственных, финансовых структур и общественных организаций). Основные задачи этих исследований чаще всего были связаны с желанием представителей государственных структур, социальных служб и бизнеса разобраться в уникальности отдельных направлений психотерапевтической практики и определить, прежде всего для себя, критерии их эффективности и особенности применения при оказании психологической помощи населению.

В этом году исполняется 130 лет исследованиям в психотерапии, берущим свое начало с первого психоаналитического исследования в 1893-1894 гг., реализованного З. Фрейдом и связанным с изучением истерических симптомов. Эта работа, основанная на анализе единичного случая, применяемого в эти годы в психиатрии, положила начало развитию качественной методологии в исследовании психотерапевтической практики. По мнению Х. Кэхеле, организация исследований в психоанализе на основе модели анализа единичного случая впервые была реализована достаточно успешно. Благодаря этому, такая организация исследований терапевтической практики в настоящее время признана представителями различных направлений и школ психотерапии, и совершенствуясь, постоянно развивается.

Следует заметить, что и в наше время одним из основных направлений исследования психологического консультирования и психотерапии выступает изучение эффективности психотерапевтических и консультативных практик, а также возможности подтверждения эффективности на конкретных клинических случаях. Х. Кэхеле и Г. Томэ [8] высказывают мнение, что это направление выступает одной из основных точек напряжения в исследовании психоаналитического консультирования, психоаналитической психотерапии и психоанализа. A.S. Lenz, D.L. Morgan, R.K. Morgan, W.C. Sanderson [33, 34, 36, 38] выделяют

значительное количество социально-психологических, экономических и научных требований, которые следует выполнять в современных исследованиях. Разнообразие и динамика требований приводят к необходимому пересмотру принятых критериев доказательств эффективности терапевтической практики.

Рассматривая только научные требования, академические психологи зачастую выражают несостоятельность результатов анализа клинических случаев и отмечают низкий научный статус таких исследований. Однако, Н.П. Бусыгина, обобщая положения, сформулированные Б.С. Братусем, Ф.Е. Василюком, Л. Витгенштейном, С. Квале, А.В. Юревичем, выделяет веские аргументы в пользу анализа случаев [1, 2].

Отечественные и зарубежные авторы выделяют значительный перечень сложных проблем, решенных методом анализа клинических случаев в психоаналитическом подходе:

- оценка пациентом воздействия отдельной сессии, строго связанной с эффектами и результатами психотерапии, что позволяет психотерапевту получить ответы на такие вопросы, как: определение эмоциональной реакции пациента на определенную тему (даже если у него нет четкого представления о собственной проблеме); как то, или иное воздействие (какие техники использованы) повлияло на рассмотрение обсуждаемой темы; определение силы влияния сказанного на сеансе на опыт участников психотерапии [26];

- один сеанс (сессия) признан лучшей единицей оценки восприятия пациентом терапевтического воздействия, т.к. выступает более управляемым взаимодействием во всем процессе психотерапии. На сеансе возможен более устойчивый контроль отдельных речевых конструкторов и это дает возможность специалисту соединить микро- и макроаналитические единицы материала сеанса [27, 40].

- установление согласования между отображаемым (процесс психотерапии) и отображенным (описание случая) при ориентации на репрезентацию подлинного жизненного события, представляемого самим экспертом (пациентом) [8];

- оптимизация описания психоаналитического процесса с сохранением переживаний и фактов, связанных с рассматриваемой проблемой [8].

Е.С. Калмыкова отмечает также ряд преимуществ анализа единичных случаев в консультативной и психотерапевтической практике [5]:

- организация изучения единичного случая позволяет получить из материалов исследования валидные объективные и достоверные данные;

- анализ клинического случая продуцирует возникновение

эвристически ценной методики, которая может быть использована для анализа конкретного метода психологической помощи при более строгом эмпирическом исследовании;

- изучение единичного случая позволяет детализировать и исследовать редкие, но часто крайне важные для психотерапевтической и консультативной практики феномены;

- глубокое, детальное исследование единичного случая психологического консультирования и психотерапии способно вызвать сомнения в определенных теоретических положениях и это может потребовать их уточнение, дополнение или полный пересмотр;

- анализ клинического случая, как вспомогательное средство, способен обеспечить «обрастание плотью» действующего теоретического «скелета», что проявляет прикладное значение отдельных теоретических положений.

Рассматривая результаты анализа случаев с позиции психотерапевтической практики и требования к исследованиям в рамках естественнонаучной парадигмы, B. Flyvbjerg отмечает возможное согласование получаемых результатов, но для этого следует уделить пристальное внимание к возможностям метода анализа случаев по «...получению конкретного, практического, контекстуального знания, в противовес приобретению универсального теоретического знания без учета контекста» [28, 29].

Еще одним предметом разногласий академических позиций и практической деятельности специалистов в области психологической помощи выступает понимание результатов исследований. По мнению Л. Люборского, В. Линджарди, Н. МакВильямс психотерапевты и консультанты при оценке результатов исследования своей практики ориентированы на требования и положения различных руководств и наставлений по видам и направлениям психологической помощи [9, 12], которые предусматривают другие стандарты организации и проведения исследований, а также особые методы обработки данных. Решением этой проблемы выступает направление объединяющее отечественных и зарубежных специалистов, которые для повышения эффективности оценки консультативной и психотерапевтической практики согласованно применяют качественные (техники феноменологического и герменевтического подхода) [1, 2, 4, 6, 7, 10, 14, 19] и количественные методы (непараметрические методы математической статистики) [13] при обработке полученных данных.

Целью исследования выступило качественный анализ данных о тревожности пациентов в психоаналитическом консультировании и психотерапии.

Задачами исследования выступили:

1. организация тематического качественного исследования тревожности у пациентов, проходящим психоаналитическое консультирование;

2. качественный анализ результатов группы единичных случаев пациентов с высоким уровнем тревожности.

В исследовании были выдвинуты следующие *гипотезы*:

– психоаналитическое консультирование оказывает значимое влияние на снижение уровня личностной тревожности, что отражается в снижении напряжения пациента в его социальных отношениях;

– применение качественной методологии анализа данных записей сессий психоаналитического консультирования, позволяет выделить незначительные изменения в проявлениях тревожности пациентов.

Теоретическая основа. *Историю исследований тревоги* в психоаналитическом подходе открывает публикация З. Фрейда «Об основаниях для выделения из неврастении особого синдрома «невроз тревоги» (1895 г.), а затем реализуется в двух знаменитых случаях З. Фрейда: «Анализ фобии одного пятилетнего мальчика (маленький Ганс, 1907)» и «Заметки об одном случае невроза навязчивости (Человек-крыса, 1909)» [16].

Эти случаи, по мнению В. Линджарди, Н. МакВильямс, включали детальное описание аффективных состояний, определяемых базовыми опасностями: потеря объекта; потеря любви объекта; кастрация; потеря одобрения со стороны Супер-Эго; потеря саморегуляции [12]. Подробно указанные связи представлены в таблице 1.

Завершая рассмотрение исторических аспектов исследования тревоги З. Фрейдом, следует отметить, что ее варианты описаны как сознательные и бессознательные. Основатель психоанализа предложил рассматривать тревогу как сигнал, связанный с работой мыслительных процессов, редуцирующих снижение аффекта до определенного минимума, необходимого для вызывания такого сигнала. В 1915 году З. Фрейд в своей работе «Бессознательное» это отношение к тревоге изменилось и позже в лекции № 25 в «Введение в психоанализ» обсуждая состояние «тревожной готовности» отмечено, что оно продуцирует «сигнал», чтобы предупредить о возникновении сильной тревоги.

Следует отметить, что исторические аспекты важны при разработке качественных исследований, т.к. позволяют оценить динамику смыслов базовых определений и более точно определить необходимые конструкты для операционализации понятий.

Таблица 1

Сравнительный анализ содержания базовых опасностей (по З. Фрейду) и современного психоаналитического варианта содержания тревоги

Название базовой опасности	Содержание	
	Базовые опасности по З.Фрейду	Тревога в современном психоанализе
потеря объекта	страх потери значимого другого, провоцирующий чувство покинутости, которое продуцирует гнев, тревогу, депрессию, вину	страх потери значимого другого (константного, постоянного объекта), что вызывает: тяжелое чувство одиночества, покинутости, стресс или расстройства психики (чаще проявляется в пограничном расстройстве личности)
потеря любви объекта	страх утраты любви, ощущаемый как отвержение, покинутость, которые проявляются в ярости, тревоге, депрессии, вине или состоянии, содержащим недостойность ожидаемой любви	сепарационная тревога или страх потери любви объекта, препятствующий сепарации с родителями, вызывающей устойчивый страх их потери, а после их смерти может привести к сильному расстройству личности, связанному с подозрительностью к партнеру, бредом ревности и т.д.
кастрация	страх утраты телесной целостности или функциональности своего организма	кастрационная тревога или страх повреждения своего тела (в широком смысле) и страх повреждения гениталий (в узком смысле)
потеря одобрения со стороны Супер-Эго	страх утраты принятия себя и одобрения своей совестью, выделяемый чувствами тревоги, вины, стыда или депрессии	моральная тревога или страх последствий нарушения своих личных ценностей
потеря саморегуляции	страх потери контроля над собственными мыслями, чувствами, восприятиями, движениями и действиями	аннигиляционная тревога – страх быть захваченным, подавленным, разрушенным, подвергнутым воздействию, основанным сознательными и бессознательными детскими воспоминаниями

Современные психоаналитические исследования психотерапевтической и консультационной практики определили, что тревога, основанная на предвосхищении таких опасностей, может контролироваться и не контролироваться человеком. Психоаналитический подход рассматривает тревогу в пределах любого психопатологического расстройства и уделяет ей значительное внимание с акцентом на таких критериях как: опасность потенциальная и реальная; особенность реакции на опасность и ее оценка; адаптивная

реакция на реальную угрозу, включающая страх, тревогу или их отсутствие и тревожную реакцию, активизирующуюся на предчувствие бедствия. Такое внимание к тревоге отражено в Операционализированной психодинамической диагностике (ОПД-2), где представлен опросник о здоровье (опросник EQ-5D), обеспечивающий измерения качества жизни и включающий тревогу, в качестве одного из показателей состояние здоровья пациента. Тревога предполагает три уровня, распределенные по нарастанию тяжести проявления в следующей последовательности: (а) пациент не тревожен; (б) пациент умеренно тревожен; (в) пациент крайне тревожен [11].

Актуальный взгляд на тревогу согласуется с предложенным вариантом ее рассмотрения и, как отмечают В. Линдхарди, Н. МакВильямс, эволюционно представляет её в континууме от начального диффузного соматического возбуждения до завершающей тотальной психической тревоге, представляющей более взвешенную сигнальную функцию [12]. В этом случае сигнальная функция раскрывается в состоянии возбуждения, предупреждающем идентификацию актуальной ситуации как опасности, на основе имеющегося личного опыта.

Следует отметить, что в современном психоанализе и терапевтической практике важное место занимает рассмотрение субъективных переживаний тревоги, включающих: аффективные и соматические состояния, а также когнитивные паттерны и паттерны отношений. Детальное описание этих показателей позволяет перейти к выделению индикаторов, описывающих их в речи пациентов.

Так, аффективные состояния связаны с выделенными ранее базовыми опасностями (см. табл. 1), а при их слабом контроле или его отсутствии могут проявляться тревогой аннигиляции. Такая тревога возникает в ранние периоды жизни или может провоцироваться неожиданно различными ситуациями, связанными с угрозой для жизни человека. Взаимосвязь тревоги и основных опасностей в рамках психодиагностики при оказании психологической помощи предоставляет основательную информацию для разработки теоретических положений и клинической оценки состояний человека и его реакций в трудных жизненных ситуациях.

При работе с пациентами большое внимание уделяется анализу соматических состояний. Показателями таких состояний выступают: трудности дыхания, чувство тяжести и напряжения, что может быть связано с ощущением оторванности от своего тела или внешней реальности.

Когнитивные паттерны включают такие нарушения как: ослабление концентрации и фокусировки памяти; легкую отвлекаемость и слабость памяти. Такие проявления могут привести к восприятию

разрушения телесных границ или личностной идентичности.

Паттерны отношений с другими, как правило, могут содержать страхи отвержения, обострение чувства вины, а также может проявляться желание отвергнуть/удержать другого.

Все указанные компоненты субъективных переживаний тревоги выделены в рамках исследования для определения их индикаторов в речи пациентов на сессиях. Динамика этих показателей в материале сессий, позволяет оценить восприятие пациентами своего состояния и раскрыть его связи с проблемами в отношениях с другими.

Современный психоаналитический подход в психологическом консультировании и психотерапии делает акцент на значимости субъективных переживаний тревоги пациентами, распознаваемых через аффективные и соматические состояния, когнитивные паттерны и паттерны

Качественный анализ материала сессий психоаналитической психотерапии и консультирования включает два тематических подхода к такому исследованию.

Основу *первого* подхода составляет социальный конструктивизм, рассматривающий, по мнению R.E. Stake и S.B. Merriam, активность человека через конструирование феноменов и процессов социально-психологического взаимодействия и внедрения их в реальность [35, 39].

B. Flyvbjerg и R.K. Yin, являющиеся разработчиками *второго* подхода, [28, 42], определяют его как тематическое исследование и связывают его с постпозитивистской позицией в методологии качественного исследования. Такое исследование направлено на изучение и анализ отдельного случая или группы случаев для определения сложности исследуемого объекта. Качественное тематическое исследование включает «натуралистические, холистические, этнографические, феноменологические и биографические методы исследования» [32], направленные на распознавание глубоких связей с основными человеческими ценностями и намерениями, и является описательными и эвристическими [35].

N.K. Denzin, Y.S. Lincoln отмечают, что качественное тематическое исследование самостоятельный метод обработки данных [24], а N. Hyett, A. Kenny, V. Dickson-Swift добавляют о достаточной гибкости метода при исследовании случаев психотерапевтической практики и заключают, что это достаточно трудно реализовать другими методами [32].

Такая позиция согласуется с мнением ученых J. Brockmann, H. Kirsch, K. Dembler, D. König, I. De Vries, M. Zabolitzki, G. Silberschatz, J.M. Doran, C.E. Hill, J.C. In, L.E. Norcross, W.B. Stiles [20, 25, 30, 41], которые считают анализ случаев сложным исследованием и это требует существенного детального анализа изменений, наблюдающихся в

процессе психотерапии [25, 30, 41] и дифференциации деталей этих изменений, признаваемых её результатами [12, 28].

Материалы и методы исследования.

Участниками исследования выступили 228 человек (52 мужчины и 176 женщин, в возрасте 21-59 лет), которые были представителями трех образовательных организаций. После проведения психодиагностики к организаторам обратились 34 человека (14,9 %), изъявившим желание получить психологическую помощь в связи с проблемами в социальных отношениях (при обращении за психологической помощью были упомянуты: супруги, члены семьи, другие родственники, друзья и знакомые).

В материале представлены фрагменты объединенных результатов качественного анализа данных психоаналитического консультирования пациентов с высокой тревожностью в социальных отношениях с супругами, членами семьи, родственниками и друзьями. Результаты получены путем объединения двух этапов единого исследования: 1-й этап – 31.08.2018 по 31.01.2022 и 2-й этап 01.02.2022 – настоящее время. Характеристики участников исследования представлены в таблице 2.

Таблица 2

Описание характеристик участников качественного исследования

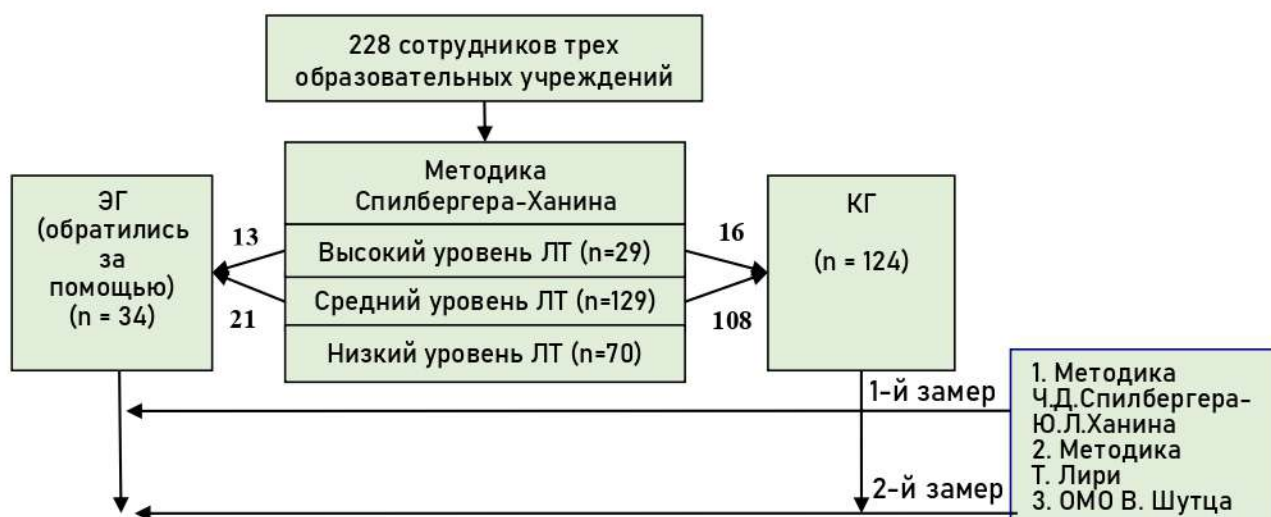
Пол	Возрастной диапазон	Уровень личностной тревожности (опросник Спилбергера-Ханина)	Продолжительность психоаналитического консультирования
2018 - 2022 (до 31 января)			
Мужчины (n = 5)	26-41	2 чел. – высокий 3 чел. – средний	14-19 сессий (1 сессия в неделю, 4-5 месяцев)
Женщины (n = 16)	23-45	5 чел. – высокий 11 чел. – средний	11-26 сессий (1 сессия в неделю, 3-7 месяцев)
2022 (с 1 февраля) - 2024			
Мужчины (n = 4)	29-59	2 чел. – высокий 2 чел. – средний	16-22 сессий (1 сессия в неделю, 4-5 месяцев)
Женщины (n = 9)	22-44	4 чел. – высокий 5 чел. – средний	13-29 сессий (1 сессия в неделю, 3-8 месяцев)

В 1-й период тематического качественного исследования из 21 прошедшего индивидуальное психоаналитическое консультирование дали согласие на использование их данных в процессе исследования 5 (23,8 %) пациентов (1 мужчина и 4 женщины, у всех высокий уровень ЛТ).

Во 2-й период исследования 13 человек обратились за психологической помощью и из них после завершения

консультирование 4 человека (30,8 %) дали согласие на использование их индивидуальных данных, полученных в рамках психоаналитического консультирования, для представления в публикации (2 мужчин и 2 женщины с высоким уровнем ЛТ).

Процедура исследования. Экспериментальное исследование проводится с 2018 по настоящее время. Промежуточные результаты были частично представлены в 2022 году [3]. Общая схема исследования представлена на рисунке 1, где показано распределение участников исследования на группы с учетом уровня личностной тревожности. Следует отметить, что сотрудники образовательных учреждений с низким уровнем тревожности после проведения диагностических исследований для последующих мероприятий не привлекались. Для оценки проявления тревоги в отношениях с членами семьи, родными и друзьями были использованы такие психодиагностические методики, как: методика оценки тревожности Ч.Д. Спилбергера-Ю.Л. Ханина; диагностика межличностных отношений (Т. Лири); «Опросник межличностных отношений» (ОМО) В. Шутца.



Примечание. На рисунке использованы сокращения: ЭГ – экспериментальная группа, КГ – контрольная группа, ЛТ – личностная тревожность.

Рис. 1 Процедура экспериментального исследования психоаналитического консультирования пациентов с повышенной тревогой в социальных отношениях

В качестве основного критерия распределения участников исследования по группам выступил уровень личностной тревожности (ЛТ) (определен по методике Ч.Д. Спилбергера-Ю.Л. Ханина). Этот показатель выделен на основании его содержания, которое наиболее точно отражает выражение тревоги в рамках психоаналитического подхода. Личностная тревога отличается устойчивым восприятием большого спектра ситуаций как угрожающих и реакцией на них состоянием тревоги, включающей такие показатели, как: напряжение, беспокойство, нервозность. Следует отметить, что высокий уровень ЛТ

связан с проявлением невротического конфликта и эмоциональными срывами в личных отношениях.

Обратившиеся за психологической помощью из числа участников исследования были объединены в экспериментальную группу и приняли участие в психоаналитическом консультировании разной длительности. Обобщенным запросом ($n=31$, 91,2 %) при обращении за психологической помощью выступило ощущение высокой тревоги и напряжения в социальных отношениях со своими родными, друзьями и коллегами по работе (как и ранее, авторы не конкретизируют запросы пациентов).

Замысел исследования заключался в том, что процесс психоаналитического консультирования создает у пациентов переживания сходные по своей выраженности и интенсивности с переживаниями в их личном опыте отношений. Содержание и интенсивность переживаний достаточно полно отражается в речи пациентов при описании тревоги и напряжении в рассматриваемых ситуациях или отношениях с социальным окружением.

В качестве экспериментального воздействия в исследовании определено психоаналитически-ориентированное консультирование на базе теоретических и практических положений, разработанных Х. Кэхеле, Г. Томэ [8], А.Н. Харитоновым [17, 18], Р. Урсано, С. Зонненбергом, С. Лазаром [15]. Консультативные сессии продолжительностью 50 минут проводились в отдельном кабинете при очном взаимодействии с пациентом в положении сидя (сеттинг: частота взаимодействия 1 раз в неделю; перерывы в работе обсуждены заранее; возможность пропуска сессий требует предупреждения за 24 часа до встречи).

Каждая сессия всех пациентов фиксировалась после ее проведения. 5 пациентов разрешили фиксацию сессии на диктофон (с их разрешения было записано 2, 2, 4, 5, 5 сессий соответственно). Распознавание материала сессий проводил автор исследования, который не проводил консультации с данным пациентом (для исключения возможности проявления контрпереноса). Записанный текст сессии после их проведения (в среднем 6,5 листов машинописного текста) включал последовательное изложение материала сессии с описанием вопросов и ответов психотерапевта и пациента.

Для обработки качественных данных исследования использован метод категоризации значений текста сессий психоаналитического консультирования и программа анализа текста TextAnalyst v2.01.

Качественными показателями проявления тревоги в речи пациентов выступили слова, словосочетания, которые включали описание тревожных моментов, тревожных переживаний в отношениях с родными, друзьями, коллегами по работе, произносимые пациентами при рассмотрении проблем и описании ими своего состояния на сессиях.

Качественный анализ организован в двух направлениях:

1. Оценка проявления тревоги и описание напряжения в отношениях на сессиях по индикаторам, разработанным на основе теоретических положений и результатов исследований, изложенных по Оси Р «Личностные синдромы», Оси М «Профиль психического функционирования» и Оси S «Симптоматические паттерны: субъективное переживание» Руководства по психодинамической психодиагностике (PDM-2) [12] (см. табл. 3).

Таблица 3

Индикаторы показателей тревоги и социальных отношений
в материале сессий пациентов

а) индикаторы категории «личностная тревога»:

Индикатор (слова, словосочетание) - (существительные, прилагательные, глаголы)	слова и словосочетания, высказанные пациентом в отношении:		
	себя (3 балла)	других (2 балла)	отрицание таковых (1 балл)
высказывания пациента о напряжении, агрессии, раздражении, отрицательной самокритике, оскорблении, осуждении, моральном неодобрении, вине или угрозе таковых; высказывания о насмешках, неполноценности, стыде, смущении, унижении; чрезмерное выделение недостатков или подробностей личного характера, или угроза таковых			

б) индикаторы категории «социальные отношения»:

Индикатор (слова, словосочетание) - (существительные, прилагательные, глаголы)	слова и словосочетания, высказанные пациентом в отношении:		
	себя (3 балла)	других (2 балла)	отрицание таковых (1 балл)
положительные эмоции, разговоры, действия (например: радость, удовлетворение, хорошее, доброе, приятное и т.п.)			
отрицательные эмоции, разговоры, действия (напряжение, ужас, страх, тревога, негатив и т.п.)			

В качестве основного метода анализа качественной информации на сессии определен *метод категоризации значений*, т.к. он позволяет оценить разнообразие проявлений исследуемого явления и определить категории в текстовом материале, что обеспечивает возможность сравнения категорий и оценить диапазон описания проблемы.

Исходя из цели исследования в рамках метода категоризации

значений была использована кодировка речи пациента (предложения, фразы) по дихотомической шкале «+» и «-» (наличие или отсутствие исследуемого показателя). Кодировке подверглись слова и словосочетания, которые отражали описание тревоги в отношении себя, других людей из социального окружения и отрицание тревоги. Проведение категоризации значений позволило выделить структуру речи пациента при описании им проблемных моментов жизни и оценить выраженность исследуемых показателей тревоги.

Для оценки и наглядности были использованы графические формы представления данных исследуемых показателей:

- частота встречаемости исследуемых показателей (количество слов, отражающих каждый из исследуемых показателей);
- относительная частота встречаемости исследуемых показателей (отношение частоты встречаемости определенного показателя к общему объему (количеству) слов в тексте).

2. Анализ текста сессий всех пациентов реализован с использованием программы TextAnalist v2.01. Это позволило установить взаимосвязь между частями текста по смысловой нагрузке (по весу) и определить семантические связи между значимыми понятиями, представленными в тексте каждой сессии по каждому из пациентов, участвующих в исследовании.

Семантические связи, выделяемыми в исследовании, между значимыми словами пациентов на сессиях, позволили оценить уникальность отражения тревоги в отношениях и описании отдельных ситуаций. Такие связи были определены основной смысловой нагрузкой или «смысловым портретом» для каждого из девяти пациентов. Установленные связи между частями текста по смысловой нагрузке (по весу и частоте) позволили выделить тематическую структуру ответов каждого пациента. Структура анализируемых материалов по сессиям была представлена в виде иерархически связанных тем и подтем (следует отметить, что программа TextAnalist v2.01 позволяет регулировать настройку веса и частоты для анализа). Тема была определена как личностно значимое содержание конкретной фразы, высказывания пациента, а подтемой названо дробление темы на более конкретные смыслы, объединенные в тему.

Для семантического анализа материалы сессии всех пациентов были объединены в два массива: (1) первые три сессии и (3) последние три сессии пациентов. Каждый из массивов данных был обработан отдельно, по каждому из них выделены семантические пространства и семантические связи, определенные с помощью программы TextAnalist v2.01, представлены в виде деревьев. Стволом и ветвями этих деревьев выступили текстовые конструкторы, определенные на основании их веса в речи пациентов.

Научные результаты и обсуждение. Пациенты, давшие согласие на участие в исследовании, получили в качестве психологической помощи психоаналитическое консультирование и были включены в него следующим образом:

- 1-й пациент (женщина, 42 года, высокий уровень ЛТ), проведено 13 сессий (4 месяца), перерыв 2 недели (болезнь пациента), работа завершена;
- 2-й пациент (женщина, 31 год, высокий уровень ЛТ), проведено 19 сессий (5 месяцев), работа завершена;
- 3-й пациент (женщина, 34 года, высокий уровень ЛТ), проведено 22 сессии (6 месяцев), работа продолжается;
- 4-й пациент (женщина, 29 лет, высокий уровень ЛТ), проведено 20 сессий (6 месяцев), 2 перерыва по 2 недели (командировка), работа завершена;
- 5-й пациент (мужчина, 29 лет, высокий уровень ЛТ), проведено 19 сессий (6 месяцев), работа продолжается.
- 6-й пациент (женщина, 35 лет, высокий уровень ЛТ), проведено 22 сессии (5,5 месяцев), работа продолжается;
- 7-й пациент (женщина, 38 лет, высокий уровень ЛТ), проведено 29 сессий (7,5 месяцев), 2 перерыва по 1 неделе (командировки пациента), работа продолжается и есть тенденция к готовности пациента на продолжительную работу, выходящую за рамки психологического консультирования;
- 8-й пациент (мужчина, 40 лет, высокий уровень ЛТ), проведено 17 сессий (4,5 месяца), работа продолжается.
- 9-й пациент (мужчина, 31 год, высокий уровень ЛТ), проведено 20 сессий (5,5 месяцев), 1 перерыв в 3 недели (отпуск), работа завершена.

Таким образом, в исследовании приняли участие 9 человек, показатели возраста и участия в психологическом консультировании следующие (см. табл. 4).

Таблица 4

Показатели пациентов психоаналитического консультирования

	возраст	количество сессий
1-й период исследования		
мужчины	33,2 ± 6,49	16,6 ± 2,1
женщины	31,3 ± 4,9	20,1 ± 3,9
2-й период исследования		
мужчины	41,5 ± 12,2	19,5 ± 2,1
женщины	32,5 ± 5,2	21,9 ± 4,0

Следует отметить, что в выборке мужчин, участвовавших в исследовании установлены значимые различия между показателями возраста и количества сессий в разных периодах проведения исследований по U-критерию Манна-Уитни. Среди мужчин,

обратившихся за психологической помощью, наблюдается рост возрастных показателей ($p=0,022$) и количества, проведенных сессий ($p=0,034$) по мере проведения исследования.

Качественный анализ материала сессий психоаналитического консультирования девяти пациентов. Результаты анализа текста сессий по выделенным показателям представлены в табл. 5.

Таблица 5

Количественные показатели высказываний пациентов
в процессе психоаналитического консультирования

		пациент/количество сессий								
		1/13	2/19	3/22	4/20	5/19	6/22	7/29	8/17	9/20
категор ия	показа тели	средние значения по сессиям								
личн. тревога	себя	6,44	2,55	3,78	3,58	7,08	6,51	2,69	3,55	6,91
	других	5,11	1,91	4,07	3,96	4,96	4,99	2,22	3,77	4,70
	отриц ание	1,90	1,54	2,00	2,09	4,44	1,71	1,22	1,70	4,19
ср. значение по всем сессиям		3,82	1,63	2,32	3,33	5,86	4,40	2,04	3,01	5,27
соц. отнош. (отриц.)	себя	4,45	3,00	3,14	3,27	5,54	4,49	3,34	3,24	5,24
	других	4,45	2,73	3,36	3,86	5,88	4,11	2,99	3,56	5,51
	отриц ание	3,45	1,27	1,35	1,44	4,01	3,21	1,48	1,55	3,88
ср. значение по всем сессиям		3,78	2,34	2,03	2,60	4,53	3,94	2,60	2,78	4,88
соц. отнош. (полож.)	себя	3,18	3,27	4,71	4,55	2,51	3,01	3,47	4,88	2,30
	других	1,73	2,72	3,57	3,74	3,02	1,31	2,91	3,79	2,79
	отриц ание	1,18	1,45	1,71	1,66	1,99	1,09	1,29	1,92	1,64
ср. значение по всем сессиям		2,08	2,25	3,49	3,31	2,00	1,44	1,40	3,53	2,24

Динамика показателей тревожности и отрицательных показателей социальных отношений по каждому из пациентов, которые участвовали в качественном исследовании представлены на рис. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

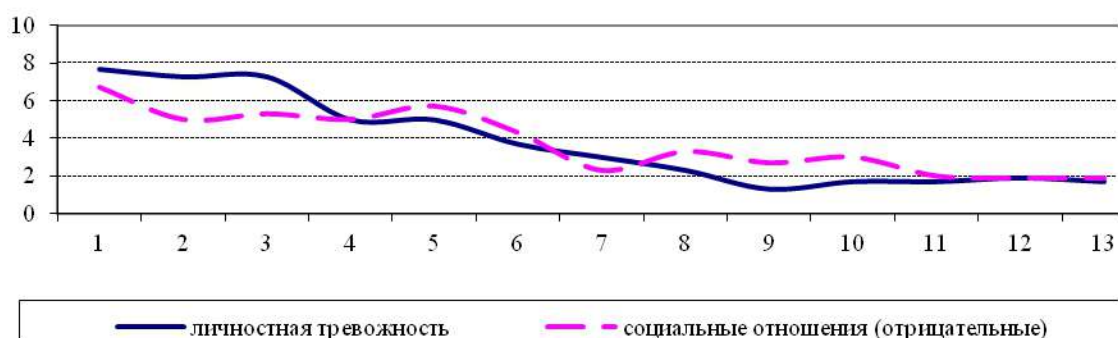


Рис. 2. 1-й пациент – динамика уровня ЛТ и социальных отношений (отрицательных проявлений)

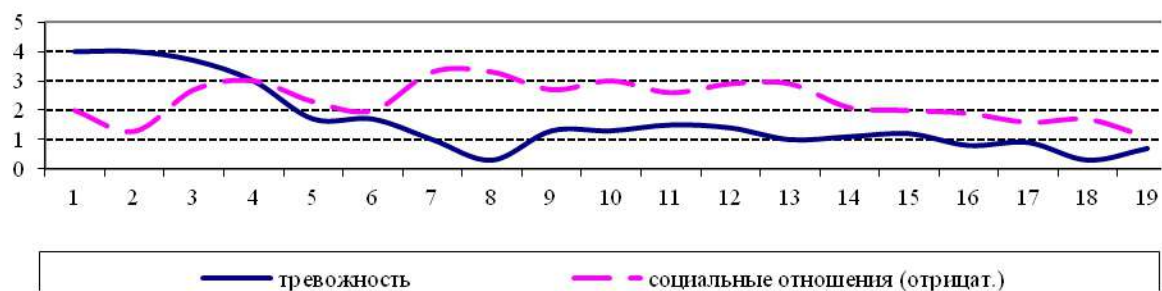


Рис. 3. 2-й пациент – динамика уровня ЛТ и социальных отношений (отрицательных проявлений)

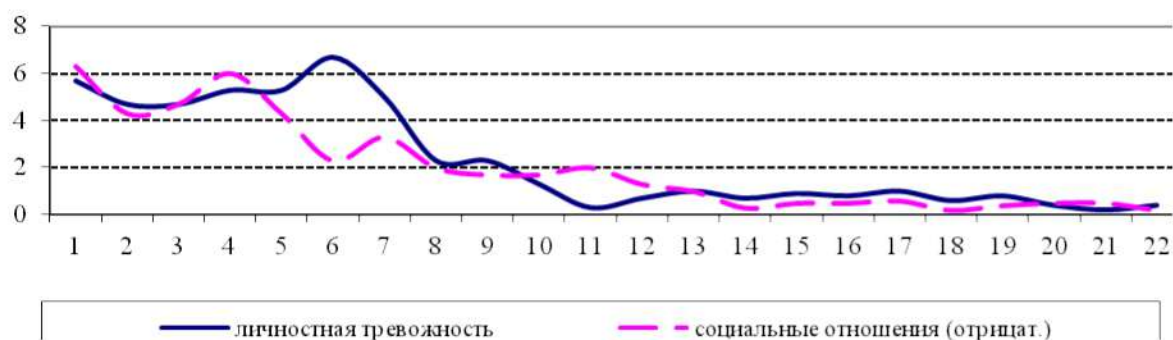


Рис. 4. 3-й пациент – динамика уровня ЛТ и социальных отношений (отрицательных проявлений)

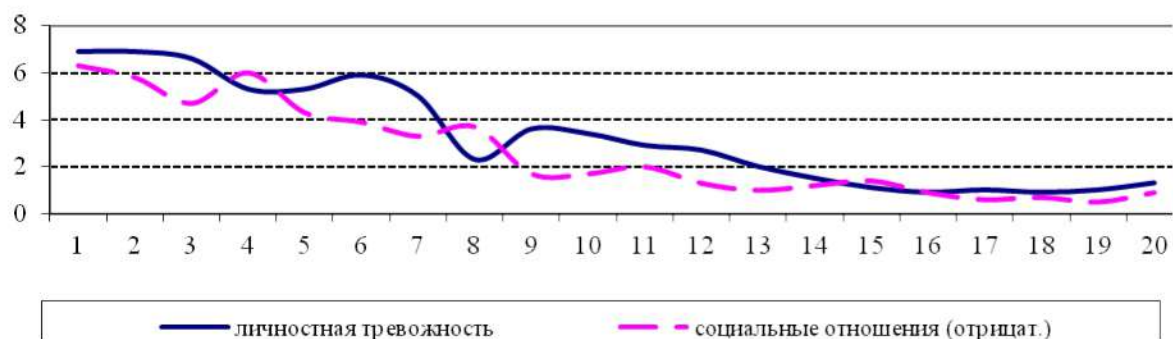


Рис. 5. 4-й пациент – динамика уровня ЛТ и социальных отношений (отрицательных проявлений)

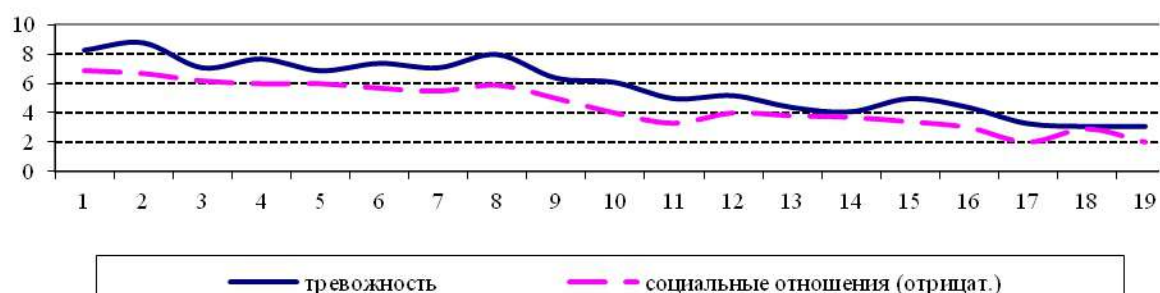


Рис. 6. 5-й пациент – динамика уровня ЛТ и социальных отношений (отрицательных проявлений)

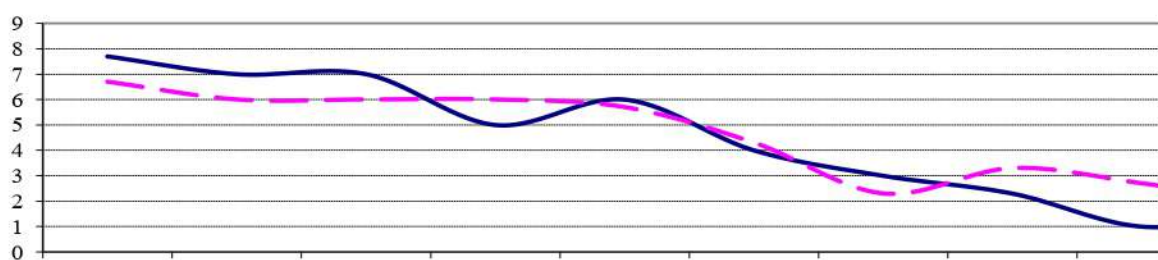


Рис. 7. 6-й пациент – динамика уровня ЛТ и социальных отношений (отрицательных проявлений)

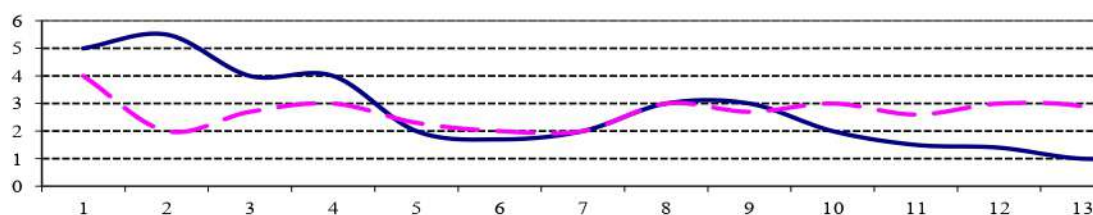


Рис. 8. 7-й пациент – динамика уровня ЛТ и социальных отношений (отрицательных проявлений)

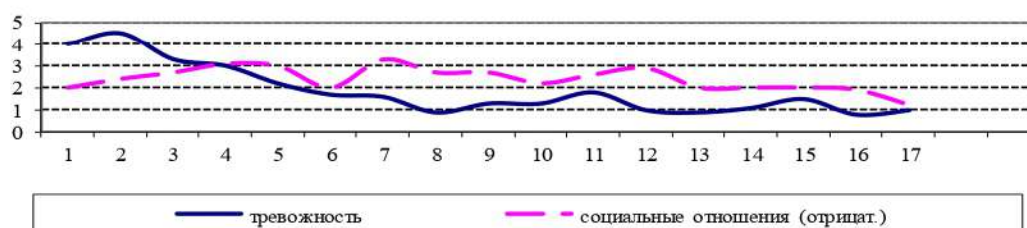


Рис. 9. 8-й пациент – динамика уровня ЛТ и социальных отношений (отрицательных проявлений)

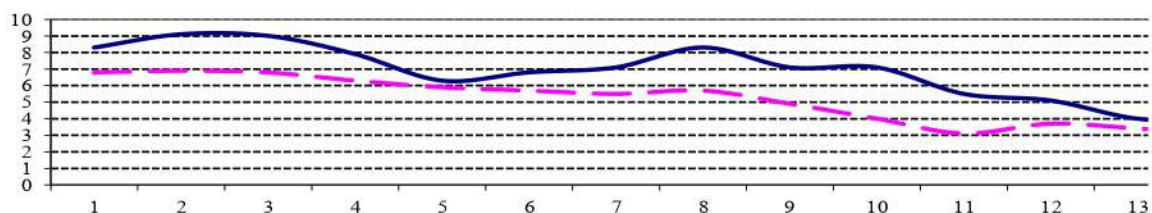


Рис. 10. 9-й пациент – динамика уровня ЛТ и социальных отношений (отрицательных проявлений)

Сравнительный анализ включил уровень тревожности и отрицательные показатели социальных отношений, так как последний показатель, по мнению В. Линджарди, Н. МакВильямс, начинает изменяться первым в рамках психотерапевтического процесса [12].

Именно эти изменения, т.е. снижение отрицательных проявлений в отношениях, вызывают (иногда за пределами времени оказания помощи) движение положительных проявлений в отношениях [8].

После сравнительного анализа проведен семантический анализ текстовой информации, полученной на первых трех сессиях и объединенной по всем пациентам и трех последних сессиях пациентов, на момент проведения анализа (для тех пациентов, которые продолжают работу) представлены на рис. 11.

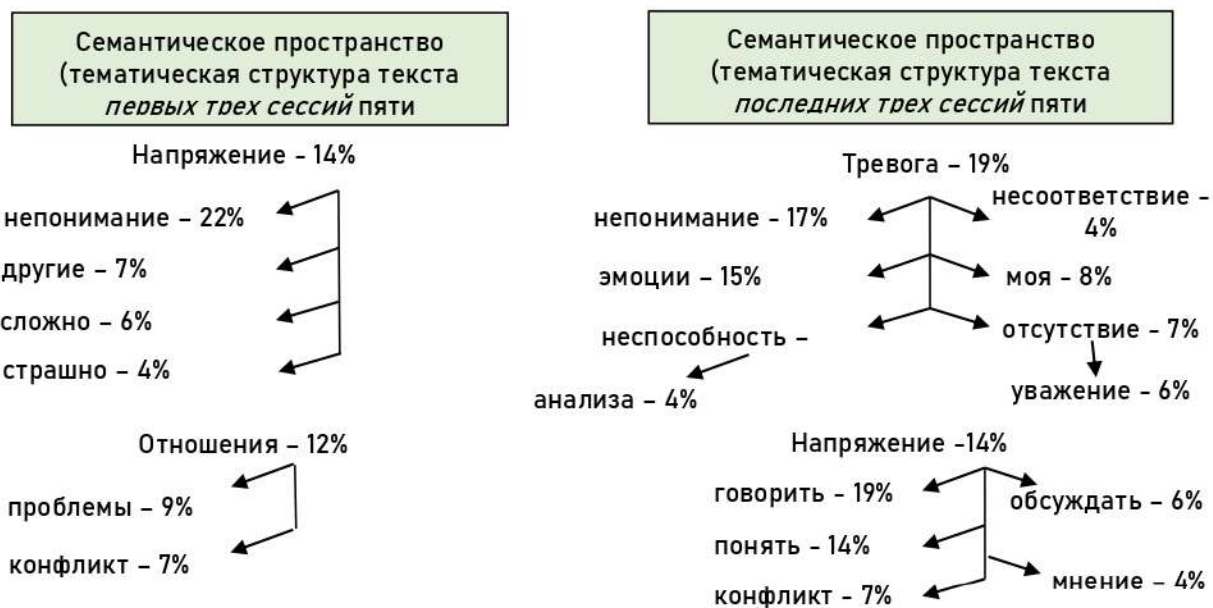


Рис. 11. Семантический анализ текстов записи сессий психоаналитического консультирования

Результаты качественного тематического исследования позволили установить микроизменения в речи пациентов, которые наступают в результате применения психоаналитического консультирования по снижению у них уровня тревоги. Эти изменения оказывают устойчивое влияние на последующее снижение напряжения в социальных контактах и отношениях с родными, друзьями и коллегами пациентов. Качественный анализ речи пациентов позволяет зафиксировать незначительные изменения в этой динамике и оценить динамику смыслов, которые пациенты представляют в описании тех или иных ситуаций переживаний и взаимодействия.

Следует заметить, что полученные в исследовании данные согласуются с результатами качественного анализа психоаналитической практики W. Bucci, B. Maskit, исследовавших представленность в речи пациентов аффектов, абстрактного отражения и соматических проблем [21, 22]. Авторы этого исследования отметили, что содержание речи пациента на каждой сессии позволяет измерить минимальные изменения в его отношениях и провести макроанализ его жизни.

Качественный анализ материала сессий психоаналитического консультирования девяти пациентов, материалы которых были подвергнуты исследованию и представлены в таблице 5 и изображенные на рис. 2-9 показывают снижение уровня личностной тревожности у всех пациентов. Тенденция к снижению была зафиксирована и с использованием метода категоризации значений смыслов в речи пациентов. Примеры представлены в таблице 6.

Таблица 6

**Текстовые фрагменты сессий
пациентов психоаналитического консультирования**

пациенты	номер сессии	содержание текста
2-я пациентка	2	«Моя голова забита какими-то мыслями... проще говоря чепухой... Я вся на нервах, когда говорю с мамой. Мне очень тяжело дома, не нахожу себе места... и на работе тоже»
	17	«Ну, прям не узнаю себя... сегодня разговариваю с мамой и вспоминаю себя с ней. Прям рада, что стало легче... Наверно можно сказать, что стало действительно легче, свободней»
5-й пациент	2	«Когда с кем-то знакомлюсь, ну начинаю отношения... почему-то возникает чувство, что я неуверен, что все будет хорошо, что будет так как хочу... Я как будто завишу от чего-то или от кого-то. Так хочется просто жить и строить отношения... не зависеть и трястись каждый раз...»
	18	«На праздники у друзей отдыхали и познакомился с девушкой, разговаривали часа два... и я вдруг поймал себя на мысли, что все идет нормально и даже ни разу за это время не вышел из разговора... в смысле не отвлекся от нее... Наверно рано, но я был доволен... собой доволен очень»
9-й пациент	3	«На работе просто атас... так жмут... вообще не понимаю для чего это давление! Вроде все люди нормальные, когда пьют кофе... просто не понимаю зачем истерить? Наверно надо смотреть новое место... по работе... иногда... даже на выходные могут написать в чате... или задать вопрос! Тяжело! Иногда невыносимо...»
	19 (сессия после отпуска)	«Отдохнул... наверно да! Уже два дня на работе и понял, что сам вовлекаюсь в разговоры... начал удерживать себя... да, еще в отпуске подумал о наших разговорах! Знаете понял, что надо дифференцировать и отношения, и задачи... если бы меня сейчас кто-то из наших услышал – покрутил бы пальцем у головы... Но, я по-моему начал понимать, что и как меняется и... (достаточно длинная пауза) ...Я сам меняюсь!»

Представленные выше фрагменты демонстрируют, что в процессе оказания психологической помощи в разное время в своей речи пациенты демонстрируют разное проявление тревоги, которая становится менее выраженной в словах. С таким изменением начинает связываться и динамика в социальных отношениях, или восприятие такового пациентами, что является предвестником положительных изменений в их отношениях с другими, ожидаемого в рамках психологического консультирования. В работе C. Christian, E. Barzilai, J. Nyman наблюдается некоторое совпадение с полученными данными, представляемого исследования, где авторы установили, что на сессиях проявляется положительная связь между выражением пациентом своего эмоционального опыта и качества отношений в рамках психотерапии, а также за ее пределами [23].

Переходя к обсуждению семантического пространства материала сессий, необходимо отметить, что начальный этап психоаналитического консультирования, включающий описание пациентами проблемной ситуации в ее актуальном восприятии, а не анализе, тревога практически не обозначается. Значительная часть пациентов (n=7, 77,8%) ее практически не осознает, что подтверждает отсутствие в их речи упоминания тревоги и самих тревожных моментов. Такое проявление проблемы, связанной с отсутствием в речи пациентов тревоги на начальном этапе психотерапии отмечают A.O. Horvath, S. Zilcha-Mano, P. Errazuriz [31, 43].

У всех клиентов на первых трех сессиях слова «тревожусь», «тревога» и «тревожно» были упомянуты только 7 раз, и два из них у одного и того же пациента. Основа семантического пространства в речевых конструктах связано со словом «напряжение» (нагрузка 14 % – среди самых частых слов), а с ним связаны такие слова как «непонимание», «сложно», «страшно», отражающие в большей степени неопределенность и непонимание. Слово «другие» выражает связь состояния пациентов с действиями и состояниями других. Это характерно для начального периода консультирования и может быть связано с проекцией собственного состояния пациентом с ними (связь – напряжение и другие).

Завершающие и последние (для пациентов, не завершивших работу) сессии включают более разветвленное семантическое пространство с насыщенными связями (обозначают подтемы). Центральная тема тревоги на этих сессиях четко обозначается и занимает доминирующее положение («ствол») семантического пространства, имеющего разветвленную крону с трехуровневыми связями (связь: тревога-отсутствие-уважение; тревога-неспособность-анализ). Эти связи, можно отметить через такие фразы как: 2-я пациентка – «...иногда тревожно становится с официальными лицами... я

понимаю, что следует проявить уважение к выступающим»; 4-я пациентка - «я чувствую, что ко мне проявили уважение... после этого стало проще готовить следующий проект»; 8-й пациент - «на совещании прям видно, что не понимает, но берет слово... а, предложения так себе! Потом думаю... можно было самому выступить, но пока больше до намерений дохожу, как мы с Вами обсуждали, помните...?».

Проявление темы напряжения также выступает значимым показателем изменений у пациентов. Это возможно определяется желанием понять человека и, разговаривая с ним, снизить напряжение. Подобные зависимости отражены в исследовании D. Rocco, A. Gennaro, S. Salvatore, V. Stoycheva, W. Bucci. Авторы этой работы отмечают, что значительная часть рефлексивных слов специалиста при обсуждении и назывании проблемы направлены на понимания переживаний пациента и вызывают его ответную реакцию, что фиксируется в эмоциональной окраске проблемы в речи пациента в конце сессии или на следующих сессиях после такого обозначения [37].

В заключение следует отметить, что проявление в массивах данных двух семантических центров («деревьев») позволяет отметить сохраняемую раздробленность тем и, вместе с тем, их самостоятельность (начальный этап: напряжение и отношения; завершающий этап: тревога и напряжение). Однако, каждая тема, развиваясь включает новые термины («ветви»), указывающие новые связи понятий, возникающие и расширяющие пространство осознания тех или иных проблемных моментов в процессе консультирования.

Завершая обсуждение результатов организации и проведения качественного исследования необходимо отметить, что продолжение работы с пациентами или более длительный процесс оказания помощи показывает более значимые и заметные изменения, но это предполагает некоторую перспективу проведения качественного исследования в процессах разной продолжительности и организации.

Выводы тематического качественного исследования:

1. Реализованное тематическое качественное исследование единичных случаев психоаналитического консультирования пациентов с высоким уровнем тревожности подтвердило, что психологическое консультирование представляет собой определенным образом структурированное взаимодействие специалиста и пациента, обеспечивающее благоприятные условия для реконструкции ранних отношений (воспоминаний). Это организует пространство, обеспечивающее возможность снижения тревожности пациентов в незначительном временном периоде взаимодействия.

2. Снижение уровня тревожности пациентов в процессе психоаналитического консультирования сопровождается тенденцией к

уменьшению негативных описаний социальных отношений пациентов. По мнению авторов — это может быть связано с осознанием пациентами возможных вариантов собственного отреагирования и своего поведения при обсуждении сложных ситуаций с представителями социального окружения. Качественное исследование речи пациентов на сессиях позволяет определить и оценить тонкие изменения в проявлении тревожности и в снижении напряжения в собственных социальных отношениях.

3. Применение программы TextAnalyst v2.01 для анализа текстового материала сессий удовлетворяет целям исследования и позволяет оценить динамику семантического пространства описания пациентами тревожных и напряженных моментов и отношений их жизни. Программа предоставляет возможность выделить незначительные для внешнего контроля, но качественно значимые изменения в описании и понимании пациентами проблемы, что определяет направленность процесса её осознания ими через связи центральной темы и обсуждения отдельных понятий, выступающих осознаваемыми репрезентациями его жизни, шагами на индивидуальном пути понимания проблемы, своих отношений и себя.

Список литературы

1. Бусыгина Н.П. Психоаналитическая интерпретация как исследовательская стратегия // Консультативная психология и психотерапия. 2012. № 4. С. 60-84.
2. Бусыгина Н.П. Психоаналитические идеи в качественной методологии // Журнал практического психолога. 2013. № 4. С. 133-144.
3. Жмурин И.Е., Корнейчик И.В. Качественное тематическое исследование динамики уровня тревожности пациента в отношениях с родными и близкими: анализ единичного случая психоаналитического консультирования // Научный результат. Педагогика и психология образования. 2022. Т.8. №4. С. 3-15. DOI: 10.18413/2313-8971-2022-8-4-0-12.
4. Жмурин И.Е., Трофимова А.П. Качественный анализ особенностей понимания внутренних границ личности студентами психологами-консультантами // В сборнике: Психология и педагогика: актуальные проблемы теории и практики. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции (к 15-летию факультета психологии МГОУ). 2019. С. 39-45.
5. Калмыкова Е.С. Опыты исследования личной истории: Научно-психологический и клинические подходы. М.: Когито-Центр, 2012. 182 с.
6. Калмыкова Е.С., Мергенталер Э., Стинсон Ч. Транскрипты психотерапевтических сеансов // Психологический журнал. 1996. Т. 17. № 3. С. 129-136.
7. Квале С. Исследовательское интервью. М.: Смысл, 2003. 301 с.
8. Кэхеле Х., Томэ Г. Современный психоанализ: Исследования: Пер. с нем. / Общ. ред. А.В. Казанской. СПб.: Изд-во «ВЕИП», 2001. 304 с.
9. Люборски Л. Принципы психоаналитической психотерапии. М.: Когито-центр, 2003. 256 с.
10. Носс И.Н. Качественные и количественные методы исследования в психологии: учебник для бакалавриата и магистратуры. М.: Издательство Юрайт, 2015. 362 с.

11. Операционализируемая психодинамическая диагностика (ОПД-2). Руководство по диагностике и планированию терапии. – 4-е изд. – М.: Академический проект, 2019. – 454 с.
12. Руководство по психодинамической диагностике. Второе издание. РДМ-2. Том. 1 / Под ред. В. Линдхарди. Н. МакВильямс / Пер. с англ. О. Перфильевой, Н. Сабуровой, В. Сингура. М.: Независимая фирма «Класс», 2019. 792 с.
13. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. СПб.: Речь, 2007. 350 с.
14. Улановский А.М. Феноменологическая психология: качественные исследования и работа с переживаниями. М.: Смысл, 2012. 255 с.
15. Урсано Р., Зонненберг С., Лазар С. Психодинамическая психотерапия: краткое руководство. М.: Изд-во РПО, 1992. 158 с.
16. Фрейд З. Знаменитые случаи из практики / Пер. с нем. М.: «Когито-Центр», 2007. 538 с.
17. Харитонов А.Н. Психоаналитический подход в семейной психотерапии // Психотерапия сегодня: Материалы III Всероссийской конференции по психотерапии. М.: Изд-во Института психотерапии, 1999. С.120-123.
18. Харитонов А.Н. Семейный психоанализ как научно-практическое направление // Психоаналитический вестник. 2002. № 10. С.62-78.
19. Чумичёва И.В. Аспекты консультативной практики при работе с проблемами социализации подростков разных национальностей в мультикультурном пространстве // Актуальные проблемы теории и практики психологических, психолого-педагогических и педагогических исследований. Сборник трудов Международной научно-практической конференции «XV Левитовские чтения». В 3-х томах. Министерство образования Московской области, Государственное образовательное учреждение высшего образования Московской области Московский государственный областной университет, Факультет психологии. 2020. С. 327-333.
20. Brockmann J., Kirsch H., Dembler K., König D., de Vries I., Zabolitzki M., Silberschatz G. "Effects of interventions promoting mentalization and interventions disconfirming pathogenic beliefs: A comparative single case study of three patients" // Clinical Psychology & Neuropsychology. 2018. (5). P. 1-17. DOI: 10.1080/23311908.2018.1470482.
21. Bucci W. Basic concepts and methods of psychoanalytic process research. Person E., Cooper A., Gabbard G. (Eds.), Textbook of psychoanalysis. Washington, D.C., US: American Psychiatric. 2005. P. 339-355.
22. Bucci W., Maskit B. "Beneath the surface of the therapeutic interaction: The psychoanalytic method in modern dress" // Journal of the American Psychoanalytic Association. 2007. Vol. 55, P. 1355-1397. DOI: 10.1177/000306510705500412.
23. Christian C., Barzilai E., Nyman J. et al. "Assessing Key Linguistic Dimensions of Ruptures in the Therapeutic Alliance" // J Psycholinguist Res. 2021. 50. P. 143-153. <https://doi.org/10.1007/s10936-021-09768-1>.
24. Denzin N.K., Lincoln Y.S. Introduction: Disciplining the practice of qualitative research. The SAGE handbook of qualitative research. 4th ed, Thousand Oaks, CA. 2011. P. 1-6.
25. Doran, J.M. "The working alliance: Where have we been, where are we going?" // Psychotherapy Research. 2016. 26. P. 146-163.
26. Elliott R. "Five dimensions of therapy process" // Psychotherapy Research. 1991. 1. P. 92-103.
27. Elliott R., Wexler M.M. "Measuring the impact of sessions in process-

experiential therapy of depression: the Session Impacts Scale" // *Journal of Counseling Psychology*. 1994. 41. P. 166-174.

28. Flyvbjerg B. "Five misunderstandings about case-study research" // *Qualitative inquiry*. 2006. Vol. 12 (2). P. 219-245.

29. Flyvbjerg B., Denzin N.K., Lincoln Y.S. Case study. *The SAGE handbook of qualitative research*. 4th ed, Thousand Oaks, C. 2011. P. 301-316.

30. Hill C.E. In J.C. Norcross, L.E. Beutler, & R.F. Levant (Eds.), *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association. 2006. 435 p.

31. Horvath A.O. "The therapeutic relationship: Research and theory" // *Psychotherapy Research*. 2005. 15. P. 3-7. DOI: 10.1080/10503300512331339143.

32. Hyett N., Kenny A., Dickson-Swift V. "Methodology or method? A critical review of qualitative case study reports" // *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2014. 9. P. 1-13. DOI: 10.3402/qhw.v9.23606.

33. Lenz A.S. "Using Single-Case Research Designs to Demonstrate Evidence for Counseling Practices" // *Journal of Counseling & Development*. 2015. Vol. 93. P. 387-393.

34. Lenz A.S. "Calculating effect size in single-case research: A comparison of no overlap methods" // *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 2013. 46. P. 64-73.

35. Merriam S.B. *Qualitative research: A guide to design and implementation*. 3rd ed., San Francisco, CA: Jossey-Bass. 2009. 320 p.

36. Morgan D.L. & Morgan R.K. *Single-case research methods for the behavioral and health sciences*. Thousand Oaks, CA. 2009. 269 p.

37. Rocco D., Gennaro A., Salvatore S., Stoycheva V., Bucci W. "Clinical mutual attunement and the development of therapeutic process: A preliminary study" // *Journal of Constructivist Psychology*. 2017. 30. P. 371-387. DOI: 10.1080/10720537.2016.1227950.

38. Sanderson W.C. "Why empirically supported treatments are important" // *Behavioral Modification*. 2003. 27. P. 290-299.

39. Stake R.E. *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage. 1995. 192 p.

40. Stiles W.B. "Measurement of the impact of psychotherapy sessions" // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1980. 48. P. 176-185.

41. Stiles W.B., Goldsmith J.Z. The alliance over time. In J.C. Muran & J.P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*. New York, NY: Guilford Press. 2010. P. 44-62.

42. Yin R.K. *Applications of case study research*. 3rd ed, Thousand Oaks, CA: Sage. 2012. 264 p.

43. Zilcha-Mano S., Errazuriz P. "Early development of mechanisms of change as a predictor of subsequent change and treatment outcome: The case of working alliance" // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2017. 85 (5), P. 508-520. DOI: 10.1037/ccp000192.supp.

О «СВЯТОЙ СЕМЕРКЕ» ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ИССЛЕДОВАНИЯХ ФРАНЦА АЛЕКСАНДЕРА

Бучацкая М. В.

Перечень психосоматических заболеваний впервые был предложен психоаналитиком Францем Александером, который дал их общую характеристику и отметил основные личностные черты больных. В этой части монографии акцентируется внимание на данных моментах.

В условиях высоких стрессов в современном обществе проблема психосоматических заболеваний стала привлекать внимание специалистов различного профиля [15]. Центром проявления психосоматического заболевания оказывается орган, наиболее уязвимый у конкретной личности. Различают предрасположенность (врожденная, генетическая, или приобретенная готовность, которая выливается в форму возможного органического либо невротического заболевания), разрешающие и задерживающие развитие болезни факторы. Причиной развития психосоматического заболевания часто являются трудные жизненные ситуации, с которыми встречается человек [8].

Список психосоматических заболеваний постоянно расширяется, однако первоначально он ограничивался, согласно Александеру, семью заболеваниями. 7 психосоматозов по Александеру («святая семерка», или «Чикагская семёрка») [5;8;9] сводятся к такому перечню:

1. Гипертония (от греч. hyper- и tonos напряжение; син.: эссенциальная артериальная гипертензия, первичная артериальная гипертензия; nereкомендуемый синоним – эссенциальная гипертония) – распространенная болезнь мало изученной этиологии. Основными проявлениями являются: повышенное артериальное давление в частом сочетании с регионарными, главным образом церебральными, расстройствами сосудистого тонуса; стадийность в развитии симптомов, выраженная зависимость течения от функционального состояния нервных механизмов регуляции артериального давления при отсутствии видимой причинной связи болезни с первичным органическим повреждением каких-либо органов или систем. Основной причиной является острое или длительное эмоциональное перенапряжение. [4] Человек с гипертензией постоянно борется с нарастающим враждебно-агрессивным чувством и испытывает сложности с самоутверждением, отличается раздражительностью, излишним чувством ответственности, совестливостью, трудолюбием, часто выполняет работу за других [1]

2. Бронхиальная астма — аллергическое заболевание, характеризующееся повторными приступами экспираторной одышки, вызванной диффузным нарушением бронхиальной проходимости, что связано с локализацией аллергической реакции в тканях бронхиального дерева. [2].

3. Язвенный колит — рецидивирующее заболевание неясной этиологии, характеризующееся геморрагически-гнойным воспалением толстой кишки с развитием местных и системных осложнений. [13] У части больных отмечаются инфантильные и нарциссические структуры.

4. Гипертиреоз (болезнь Базедова, болезнь Грейвса) — повышение функции щитовидной железы. [3] Основными психическими симптомами являются — раздражительность, двигательное беспокойство, чувство слабости, утомляемость и бессонница. У женщин гипертиреоз встречается в 4-7 раз чаще, чем у мужчин. Для больных, согласно Александеру, характерны в постоянном предвосхищении опасности, осознании ответственности и высокой готовности к деятельности, выражены потребность в достижении успеха и чувство долга, могут проявляться различные страхи. [1]

5. Нейродермит — (neurodermitis; греч. neuron нерв и derma кожа + itis) — хронический зудящий дерматоз, характеризующийся папулезной сыпью с лихенизацией кожи в очагах поражения. [12] Болезнь проявляется во всех возрастных группах. Больные склонны к резкому аффективному отходу и сближению [1]

6. Ревматоидный артрит (РА) — системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением суставов по типу хронического прогрессирующего эрозивно-деструктивного полиартрита [14]. Чаще встречается у женщин и у жителей городов. Основой для развития РА становятся эмоционально напряженные для человека события (кризис в межличностных отношениях, утрата близких и др.). Вытесненные агрессивные тенденции у больных выражаются через скелетную мускулатуру, проявляются в сновидениях. Самоограничения личности относятся к сфере отношений и к собственному Я. Сдержанность, стремление к контролю, сверхсовестливость, обязательность, склонность к мазохистическому самопожертвованию и склонность к подавлению враждебных, агрессивных импульсов составляют основные характеристики личности. [1]

7. Язва желудка и двенадцатиперстной кишки — хроническое рецидивирующее заболевание, при котором нарушается регуляция питания и самовосстановления гастродуоденальной зоны, характеризующееся возникновением пептической язвы в желудке или 12-перстной кишке. [17] Мужчины заболевают в 5 раз чаще, чем женщины. Больные характеризуются желанием получить любовь и

внимание, возможно проявление орально-пассивного (зависимость, желание получения материнской опеки и заботы, пассивность, депрессивность и др.) или агрессивного (активность, проявления псевдонезависимости, враждебность и др.) поведения. [1]

Необходимо учитывать, что основой для развития психосоматических заболеваний становятся внутриличностные конфликты и различные внешние стрессовые факторы. Для работы с психосоматическими заболеваниями предлагаются различные консультативные, психокоррекционные, психотерапевтические и профилактические методы работы [5; 7; 8; 9].

Список литературы

1. Бройтигам В. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. пос. / В.Бройтигам, П.Кристиан, М.Рад. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999.
2. Бронхиальная астма // Большая медицинская энциклопедия. [Электронный ресурс]. <https://бмэ.орг/index.php> (дата обращения 29.04.2024).
3. Гипертиреоз // Медицинская энциклопедия. [Электронный ресурс]. <http://www.вокабула.рф/> (дата обращения 29.04.2024).
4. Гипертоническая болезнь // Большая медицинская энциклопедия. [Электронный ресурс] <https://бмэ.орг/index.php> (дата обращения 09.04.2024).
5. Ефремова Д.Н., Каяшева О.И. Психосоматические заболевания: теория и практические исследования. М., СПб.: УРАО - НИЦ АРТ, 2015. 102с.
6. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб.: Речь, 2005. 400с.
7. Каяшева О.И. Экзистенциальная арт-терапия в работе с психосоматическими заболеваниями // Актуальные проблемы психосоматики и в общемедицинской практике: Сборник научных статей/ Под общ. ред. В.И. Мазурова.- СПб: Альта Астра, 2015. С.75-76.
8. Каяшева О.И. Арт-терапия психосоматических заболеваний: Учебное пособие. СПб.: НИЦ АРТ, 2022. 118 с.
9. Каяшева О.И., Ефремова Д.Н., Введение в психосоматику. СПб.: НИЦ АРТ, 2022. 136 с.
10. Кулаков С.А. Основы психосоматики. СПб.: Речь, 2003. 288 с.
11. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. М.: Эксмо, 2005. 995с.
12. Нейродермит // Большая медицинская энциклопедия. [Электронный ресурс]. <https://бмэ.орг/index.php> (дата обращения 20.04.2024).
13. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике/ Б. Любан-Плоцца и др. СПб.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2000. 287с.
14. Ревматоидный артрит // Большая медицинская энциклопедия. [Электронный ресурс]. <https://бмэ.орг/index.php> (дата обращения 19.04.2024).
15. Стресс и эмоциональное выгорание: методы профилактики: коллективная монография /Отв. ред. А.Ю. Нагорнова. Ульяновск: Зебра, 2019.
16. Чикагская семёрка по Александеру. [Электронный ресурс]. <https://studfiles.net/preview/1809970/page/9/> (дата обращения 09.04.2024).
17. Язвенная болезнь // Медицинская энциклопедия. [Электронный ресурс]. <https://medicalencyclopedia.ru/enciklopediya/ya/yazvennaya-bolezn> (дата обращения 09.04.2024).

ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОТИЧЕСКОГО, ПОГРАНИЧНОГО И НЕВРОТИЧЕСКОГО ТИПОВ ЛИЧНОСТНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Жучкова Т. Г.

В предложенной части монографии обращено внимание на различные типы личностной организации, предложена их краткая характеристика и раскрыты возможности оказания психотерапевтической помощи в зависимости от типа личностной организации человека. Актуальность изучения предложенного нами вопроса очевидна в связи с ростом числа психических расстройств и сложностями, возникающими в процессе социально-психологической адаптации человека в условиях современного кризисного общества [4]. Понятие личностной организации является важнейшей частью психоаналитической диагностики. Наибольший вклад в формирование и развитие этой концепции внесли Отто Кернберг и Нэнси Мак-Вильямс. Согласно этой теории существуют 3 уровня развития психики: психотический, пограничный, невротический; также выделяется уровень зрелой психики, но он не используется для описания личностного континуума. Каждый уровень сопоставлен определенному возрастному периоду и определяет то, с какими ключевыми конфликтами сталкивается человек. Также тип организации описывает степень развития личности. Под высокоорганизованной психикой подразумевается способность использовать высокоуровневые психологические защиты, наличие высокого уровня интеграции идентичности и умение тестировать реальность. Личность, обладающая психотически организованной психикой, имеет слабый контакт с реальностью и сильные искажения мышления, а также опирается на психологические защиты первого порядка.

Необходимо отличать понятие личностной организации от похожего концепта, использующегося в психиатрии. В ней используется аналогичная терминология, однако ее смысл заключается в оценке тяжести и влиянии на жизнь конкретного диагноза. То есть, каждому диагнозу приводится в соответствие уровень расстройства: психотический, пограничный, либо невротический. Этот взгляд принципиально отличается от того, что предлагается в психоаналитической диагностике. Под организацией личности подразумевается именно особенности функционирования человека, которые могут быть связаны с наличием психиатрического диагноза, но не обязательно. Так человек с психотической структурой психики не всегда обладает психиатрическим диагнозом психотического уровня, а

шизофреник в период ремиссии может демонстрировать любой тип организации [6].

Некоторые психоаналитики считают, что причиной формирования типа личностной организации является застревание на каком-то этапе развития вследствие травматического детского опыта. Но если посмотреть на эту теорию с точки зрения юнгианского подхода, опираясь на архетипическую мандалу, можно соотнести психотический полюс с самыми низкими архетипами земли, которые предназначены для базового выживания. А под открытием архетипов следующего уровня подразумевается не отказ от предыдущих, а их объединение в человеке. То есть, для полноценного функционирования психики необходимо не стремиться прийти к стабильному наиболее высокому уровню, а научиться грамотно переключаться между архетипическими структурами, не теряя при этом чувства внутренней целостности [3].

Однозначно определить, к какому типу личностной организации следует относить клиента довольно сложно, так как для этого не существует единых рамок, а схема развития личности представляет собой скорее спектр, в котором уровни плавно перетекают из одного в другой. То есть, пограничный клиент, приближенный к невротическому полюсу будет кардинально отличаться от пограничного клиента, расположенного ближе к психотическому полюсу. На практике часто можно заметить путаницу между психотической и пограничной структурами личности: клиентов обладающих достаточно высокой диффузией идентичности, несмотря на способность к самостоятельному функционированию, относили к психотической организации. Тем не менее, это не оказывало значительного влияния на психотерапевтический процесс, так как для психолога-практика нет, как у психолога нет цели поставить диагноз. Его главная задача заключена в том, чтобы после диагностической работы подобрать такую терапию, которая соответствовала бы возможностям и потребностям клиента. Тем не менее, понимание теории психодиагностики позволяет более взвешенно смотреть на проблему с разных сторон, планировать ход психотерапии, ее сроки и результаты.

Психотическая организация.

Ключевой внутренний конфликт для психотической личности – это проблема первичной зависимости (базового доверия/недоверия). У таких пациентов присутствует сильный внутренний страх, который связан с самим существованием себя как отдельного существа. Реальность, в которой существует такой человек, настолько искажена, что он может путать такие понятия, как добро и зло, любовь и ненависть. Он не способен к юмору и абстрактному мышлению и не может видеть границу между собой и внешним миром. Поэтому для снижения тревоги стремится к слиянию в отношениях.

Ключевой механизм для психической защиты у психотической личности – это расщепление (диссоциация): в моменты, когда возникает угроза, человек просто отказывается принимать эту реальность. На этом механизме построены все психологические защиты первого порядка. Они дают способность эффективно действовать в моменте, но взамен человек теряет свою гибкость [6]. С этим типом организации психоаналитики связывают застревание в младенческом возрасте, когда у человека нет представления о том, кто есть я и как я отделен от внешнего мира. В психотерапии это может проявляться в том, как клиент может связывать эмоциональные реакции психолога с собой.

При применении техник оспаривания, психотические клиенты будут демонстрировать негативную реакцию и ухудшение симптоматики, что схоже с попытками опровергнуть бред больного с приступом обострения шизофрении, поэтому психотерапия для клиентов психотического типа организации достаточно сложна и ресурсозатратна. Им больше подходит формат поддерживающей терапии, в котором психолог символически выступает авторитетной родительской фигурой. Задача терапевта – обеспечить надежную опору, с которой клиент смог бы почувствовать себя в безопасности. Терапевтический прогресс у таких клиентов очень медленный, они долго входят в терапевтический альянс, и, как младенцы, они требуют очень много психологических ресурсов. С ними очень важно поддерживать искренность в терапии и полезными являются техники самораскрытия, так как главная задача терапии не в раскапывании слабых мест, а в обеспечении понятности взаимоотношений [6].

Этапы психотерапии психотических клиентов [1]: (1) Установление взаимоотношений. (2) Получение основной информации о жизни клиента, его поведенческих и эмоциональных паттернах. (3) Активное вмешательство в жизнь клиента вне терапевтических сессий

Опыт пациентов, госпитализированных с шизофренией, показывает, что длительность госпитализации тех пациентов, которые принимали только медикаментозное лечение, была меньше, однако, пациенты, к которым применялись психотерапевтические методы воздействия, демонстрировали большую стабильность в дальнейшем, то есть психотерапия способна снижать частоту психотических приступов [2].

Пограничная организация.

Фиксация человека пограничной личностной организации связана с установлением границ с другими людьми и попытками найти баланс между изоляцией, символизирующей травму покинутости, или тотальным подчинением. Люди с пограничной организацией часто вырастают в дисфункциональных семьях, в которых границы отношений достаточно размыты. Такие клиенты часто ведут себя агрессивно по

отношению к психологу, и демонстрируют “стабильность в своей нестабильности”, а в процессе терапии могут временно переходить на психотическую стадию[5].

Главное отличие пограничной организации от психотической является способность тестировать реальность. Под этим подразумевается, что у человека отсутствуют галлюцинаторная или бредовая симптоматика, отсутствуют причудливые формы аффектов, мышления и поведения, а сам человек способен испытывать эмпатию [5]. У пограничных клиентов чаще происходят улучшения в их состоянии, поскольку у них сохранена критичность мышления

Люди с пограничной организацией отличаются от психотических тем, как реагируют на интерпретацию терапевта своих психологических защит. Если беспокойство пограничного клиента после интервенции будет снижаться, то у психотического – наоборот увеличиваться. Также в ответ на просьбу описать какого-то человека психотики будут отвечать максимально поверхностно и конкретно, в то время, как пограничные будут давать глобальные и широкие определения, создавая ощущение избегания сложности личности [6].

Так как главная сложность, с которой сталкиваются люди с пограничной организацией, связана с установлением границ, на это и направляется психотерапия. В первую очередь, очень важно установить четкие рамки психотерапии и придерживаться их, даже если это может вызывать негативную реакцию клиента. Так психолог выступает образцом самоуважения. Когда границы будут установлены и клиент перестанет пытаться их нарушить, это уже будет означать большой прогресс в психотерапии.

Невротическая организация.

Внутренний конфликт невротической личности находится на более глубоком уровне. Он связан с желанием достичь автономности, стремление к которому сопровождается чувством вины. Их проблема заключается в навязчивом ощущении внутреннего дискомфорта, при адекватном внешнем функционировании и отсутствии патологий мышления. В отличие от пограничных и психотических клиентов, невротически организованная личность опирается в основном на психологические защиты второго порядка. Примитивные защиты могут проявляться, но редко и в основном в периоды острого стресса [6].

Невротически организованный человек имеет достаточно целостное представление о себе и о других, поэтому по его рассказам можно составить адекватное представление с пониманием взаимосвязей. Их поступки не противоречивы, а ощущение себя во времени непрерывно. Клиенты невротического типа наиболее психически здоровы, поэтому к ним можно применять все виды психотерапии, опираясь на эффективность и целесообразность в

каждом конкретном случае. Такие клиенты достаточно открыты к диспутированию и психотерапии, сконцентрированной на конкретной проблеме. Они быстро входят в терапевтический альянс и хорошо поддаются психотерапевтическому воздействию. Это делает их наиболее привлекательными клиентами для психологов.

Особенности психотерапии разных уровней психической организации основаны на их проблемных аспектах. Наиболее комфортный и плодотворный контакт выстраивается с клиентами невротического типа, так как такие клиенты хорошо понимают себя и уважают границы психолога. С клиентами пограничного типа работать сложнее, с ними важно установить четкие правила терапии и придерживаться их. Серьезные ограничения существуют только для работы с людьми психотического уровня организации, в частности это запрет на использование проективных методик, так как из-за искаженного восприятия реальности результат может привести к психозу. Также техники анализа и оспаривания дисфункциональных мыслей в случае психотических клиентов будут неэффективны из-за сильного искажения мышления, поэтому единственным безопасным подходом является поддерживающая психотерапия.

Необходимо учитывать, что клиент может находиться в разные моменты времени на разных уровнях личностной организации. Например, в достаточно спокойные периоды пограничные клиенты способны функционировать как невротические, а в ситуации острого кризиса даже самые психологически зрелые люди могут регрессировать до состояния, приближенного к психотическому. В такие моменты психологу следует работать с тем состоянием, в котором клиент находится на данный момент. Среди различных направлений психотерапии одно из важных мест занимает когнитивно-поведенческая психотерапия, показавшая свою эффективность при работе с людьми с различными типами личностной организации.

Список литературы

1. Arieti S. (1962). Psychotherapy of Schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 6(2), 112. doi:10.1001/archpsyc.1962.01710200004002.
2. Karon B.P., Vandenbos G.R. Experience, medication, and the effectiveness of psychotherapy with schizophrenics. The British Journal of Psychiatry. 1970. 116: 427-8.
3. Василец Т. Б. Мужчина и женщина тайна сакрального брака. СПб.: Речь, 2010. 496 с.
4. Каяшева О.И., Ханова З.Г. Проблема сохранения психического здоровья студентов вузов в условиях пандемии // Национальное здоровье. № 3. 2022. С. 75-79.
5. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / Пер. с англ. М.И. Завалова. М.: Класс, 2000. 464 с.
6. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе. М.: Класс, 2001. 480 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ КЛИЕНТОВ С ИНВЕРСИОННЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Авдоница О. С.

Оказание грамотной психологической помощи является важным аспектом профилактики возникновения тех или иных проблем у клиентов, коррекции их поведения и эмоциональной сферы, активизации их личностных ресурсов для дальнейшего самостоятельного самосовершенствования и развития [1,2,3,4,5,6].

Все чаще современные исследователи и практики в области консультативной психологии ищут новые пути, технологии и подходы для эффективной работы.

Актуальными проблемами современного социума являются как массовые метаморфозы в области экономики, политики, культуры и здравоохранения, влияющие на поведение людей и их индивидуально-личностные особенности, так и их личные проблемы и обстоятельства [7,8,9,10].

Все чаще обращаются за психологической помощью клиенты, перенесшие Covid-19, имеющие расстройства пищевого поведения, дисморфофобии, психосоматические расстройства, фобии и др. [11,12,13,14,15]

Исследователи отмечают, что те или иные сложные жизненные ситуации, психологические травмы, межличностные проблемы и т.д. могут привести к возникновению инверсионных состояний, которые оказывают негативное влияние на психологическое здоровье людей [14,16].

В рамках нашего исследования мы решили проанализировать научные психологические литературные источники, работы психологов-практиков и уточнить определение и содержание инверсионных состояний, а также сформировать алгоритм оказания психологической помощи.

Понятие «инверсии» и «инверсионных состояний».

Понятие «инверсия» применяется в различных областях и направлениях естественных и гуманитарных наук и обозначает, в самом широком смысле, процесс изменения привычного состояния на иное или противоположное первому [17].

В психологии «инверсия» – процесс изменения мыслей, чувств и состояний человека в контексте происходящих в его жизни значимых событий. Причем, инверсия может иметь как позитивный, так и негативный характер [17].

Инверсионные состояния в психологической практике – это состояния, при которых человек воспринимает события и окружающую действительность под призмой субъективного отражения, с учетом опыта, психологических установок, убеждений и когниций. Как известно, когниции, установки и убеждения формируются в контексте воспитания, взросления, тех или иных жизненных ситуаций.

Инверсионные состояния имеют свою структуру, включающую в себя основные виды и этапы протекания, а также подразделяются на естественные и искусственные.

Естественные инверсионные состояния проявляются как непровольная субъективная ответная психологическая реакция (чаще негативная) на переживаемое событие, тогда, как искусственные инверсионные состояния имеют произвольный и осознанный аспект¹, и оказывают позитивное воздействие на психологическое состояние человека.

В контексте нашего исследования мы сфокусировали внимание на естественных инверсионных состояниях, оказывающих негативное воздействие на человека и требующих психологической интервенции.

Причины возникновения и этапы протекания естественных инверсионных состояний, оказывающих негативное воздействие на человека.

Спектр причин возникновения естественных инверсионных состояний достаточно широкий:

- Триггеры пережитых сложных жизненных и травмирующих ситуаций;
- Хронические и психосоматические заболевания;
- Расстройства эмоционально-волевой сферы и поведения;
- Перенесенная коронавирусная инфекция Covid-19;
- Нарушение межличностных взаимоотношений в семье и с партнером;
- Расстройства психики и др.

Тем не менее, этапы протекания естественных инверсионных состояний, оказывающих негативное воздействие на человека, имеют свою последовательность и специфические особенности, независимо от причин.

→ 1 этап. *Погружение*. Данный этап имеет следующие особенности:

1. Эмоциональная нестабильность, флешбэки, нарушения сна, аппетита, концентрации внимания; рассеянность, тревожность и т.д.

2. 2 этап. *Искажение самовосприятия*. На данном этапе у человека снижается самооценка, он негативно воспринимает свои действия и

¹ Часто применяются в контексте методов коррекции в когнитивно-поведенческом подходе.

поступки, испытывает постоянное чувство вины, не способен объективно оценить ситуацию.

3. 3 этап. *Информационно-поисковый*. В контексте переживаемого нестабильного эмоционального состояния, оказывающего болезненное воздействие на организм человека в целом (могут наблюдаться психосоматические реакции) проявляется поисковая активность. Человек начинает искать информацию во всех возможных источниках (СМИ, социальные сети, от друзей, коллег, специалистов), которая помогла бы ему ответить на терзающие вопросы: «Что я сделал не так?», «Почему это со мной происходит?», «Что делать?» и тд.

4. 4 этап. *Выбор действий или эмоциональная подавленность и потерянности*. Данный этап является логическим продолжением предыдущего. По итогам освоения той или иной информации, человек принимает решение о дальнейших действиях, например, обратиться за помощью к психологу, самостоятельно проработать ситуацию и свое состояние или начинает испытывать подавленность, безысходность, потерянности.

5. 5 этап. Выход. На данном этапе происходит либо восстановление здорового психологического состояния у человека, либо усугубление имеющихся симптомов (что требует обязательного вмешательства специалистов в области психологии и медицины).

Важно отметить, что:

→ временной интервал протекания этапов будет зависеть от индивидуальных особенностей конкретного человека, переживающего естественное инверсионное состояние;

→ переживаемые естественные инверсионные состояния могут иметь эффект «ослабления», то есть, при грамотной психологической проработке, инверсионные состояния могут возвращаться, но с меньшей интенсивностью и более коротким временным интервалом.

Особенности консультирования клиентов с естественными инверсионными состояниями.

Прежде, чем приступить к психологической интервенции, необходимо учитывать следующие важные моменты:

1. Проявления перечисленных симптомов могут быть схожими с различными другими состояниями, заболеваниями или расстройствами, поэтому необходимо на первичном интервью уточнить у клиента анамнез.

2. Специфическая особенность проявления естественных инверсионных состояний, оказывающих негативное воздействие на человека в том, что эти состояния всегда являются следствием, а не самостоятельным состоянием или расстройством.

3. Методы психологической помощи клиенту, переживающему естественные инверсионные состояния будут иметь отличия, в зависимости от этапов.

На первых двух этапах важно максимально проработать эмоциональное состояние у клиента и провести профилактику или коррекцию снижения самооценки и искажения самовосприятия.

Если клиент обратился за помощью в процессе переживания 3 и 4 этапов протекания естественного инверсионного состояния, важно уточнить на какой «выход» идет ситуация и тогда проводить либо глубинную психологическую работу (возможно рекомендовать обратиться к другим специалистам, чтобы работать в системе оказания помощи), или провести поддерживающее психологическое сопровождение.

На 5 этапе важно проанализировать цели, обратившегося за помощью клиента, и с учетом полученной информации проводить психологическую интервенцию.

Таким образом, исходя из проанализированной информации научных психологических исследований по изучаемой нами проблеме, мы определили специфические особенности психологического консультирования клиентов, переживающих естественные инверсионные состояния, оказывающие на него негативное воздействие, и сформировали алгоритм оказания психологической помощи, с учетом протекания того или иного инверсионного этапа.

Список литературы

1. Багишева, Р. Р. Организация процесса психологического консультирования как способ психокоррекционного воздействия на человека, находящегося длительное время в состоянии расстройства / Р. Р. Багишева, В. В. Авсянская, Т. А. Родермель // Global science. Development and novelty: Collection of scientific papers on materials V Scientific Conference, Rome, 28.02.2017. Vol. 2. Rome, 2017. P. 9-12..
2. Боднар, Э. Л. Случай психологического консультирования при социальном тревожном расстройстве / Э. Л. Боднар, Ц. Ван // Студенческий вестник. 2024. № 9-1(295). С. 9-12.
3. Васягина, Н. Н. Особенности субъективного переживания одиночества у женщин, состоящих и не состоящих в браке / Н. Н. Васягина, Е. А. Подъянова // Педагогическое образование в России. – 2024. – № 1. – С. 194-203.
4. Ветрова, Т. В. Психологические особенности взаимоотношений в семье в условиях самоизоляции, вызванной пандемией новой коронавирусной инфекции COVID-19 / Т. В. Ветрова, О. О. Шандура // Вестник психотерапии. 2022. № 81. С. 60-71.
5. Воронина, И. Е. Ранние дезадаптивные схемы у юношей и девушек, склонных к нехимическим формам аддиктивного поведения / И.Е. Воронина, Д.С. Люкшина // Российская наука и образование сегодня: проблемы и перспективы. 2018. № 4(23). С. 28-31.
6. Густодымова, В. С. Программа аналитически ориентированного психологического консультирования по проблемам психологической зависимости / В. С. Густодымова // Таврический научный вестник. Педагогика и психология : Сборник статей научно-практических семинаров факультета психологии

Таврической академии, / Под общ. Ред. М.Р. Скоробогатовой. Том 1. – Симферополь: Ариал, 2018. – С. 77-84.

7. Казакова, А. В. Особенности психических состояний, личностной и реактивной тревожности у женщин с неудачными попытками ЭКО в анамнезе / А. В. Казакова, И. Е. Дуфинец, В. Б. Мариновская // Общие вопросы мировой науки : Collection of scientific papers on materials XII International Scientific Conference, Brussels, 31 марта 2021 года. Part 1. Brussels: Science Russia, 2021. С. 16-20.

8. Тревога о будущем как фактор успешности профессиональной деятельности работников торговой организации : специальность 19.00.03 "Психология труда, инженерная психология, эргономика" : дисс. на соискание уч. ст. кандидата психологических наук / Кононов Александр Николаевич. Мытищи, 2019. 242 с.

9. Крупин, Д. В. Психологическое консультирование в области решения психологических травм развития детей и подростков / Д. В. Крупин // Мир педагогики и психологии. 2023. № 12(89). С. 304-309.

10. Медведева, С. О. Особенности гемодинамических нарушений, психоэмоциональных расстройств и качество жизни у больных артериальной гипертонией с церебральными расстройствами : специальность 14.01.05 "Кардиология" : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Медведева Светлана Олеговна, 2019. 137 с.

11. Профилактика суицидального поведения в образовательных учреждениях Г. Москвы (межведомственное взаимодействие) / Г. С. Банников, О. В. Вихристюк, Т. С. Павлова, К. А. Кошкин // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием "Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы" / Отв. Ред. Незнанов Н.Г. Казань: Альта Астра, 2015. С. 878.

12. Психологические аспекты реабилитации после перенесенной новой коронавирусной инфекции / А. Б. Ачабаева, Р. Х. Малкарова, И. Т. Дадов [и др.] // International Journal of Medicine and Psychology. 2022. Т. 5, № 2. С. 84-88.

13. Психотерапия тревожно-фобических расстройств у лиц пожилого возраста / О. Ю. Перфильева, Е. Ю. Струкова, О. С. Борискина, М. А. Вишневская // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием "Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы" / Отв. Ред. Незнанов Н.Г. Казань: Альта Астра, 2015. С. 717-718.

14. Церфус, Д. Н. Особенности психосоматизации девушек с различными типами пищевого поведения / Д. Н. Церфус, А. М. Поповская // Человек и транспорт: психология, образование, эргономика : Материалы Национальной с международным участием научно-практической конференции. СПб.: ПГУПС, 2024. С. 155-160.

15. Шишкина, Е. А. Взаимодействие психолога и родителей детей младшего возраста в период госпитализации ребенка в психиатрический стационар / Е. А. Шишкина, Е. В. Подурова // Воспитание и обучение детей младшего возраста. 2018. – № 7. С. 409-411.

16. Эффективность программ вторичной профилактики и реабилитации с дистанционной поддержкой у пациентов с фибрилляцией предсердий после интервенционных вмешательств: влияние на психологический статус / Н. В. Погосова, В. А. Бадтиева, А. И. Овчинникова [и др.] // Кардиология. 2022. Т. 62, № 9. С. 27-36.

17. Электронный ресурс. Режим доступа: <https://www.b17.ru/article/510594/> (Дата обращения 31.05.2024).

НЕЙРОСОЦИАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ: РАЗВИТИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО МОЗГА В ПРОСТРАНСТВЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Гараганов А. В.

В последнее десятилетие стремительное развитие интеллектуальных технологий оказало значительное влияние на все аспекты человеческой жизни. Современные технологии, такие как искусственный интеллект, машинное обучение и нейросети, изменяют наш способ взаимодействия с окружающим миром, общения друг с другом и решения сложных задач. В этом контексте особое внимание привлекает концепция нейросоциального интеллекта, который представляет собой интеграцию социальных и когнитивных способностей, постоянно видоизменяемых под влиянием интеллектуальных технологий, но при этом обучающих мозг эффективно взаимодействовать в технологически насыщенной среде.

Нейросоциальный интеллект включает в себя способность понимать и учитывать социальные контексты и динамику в процессе взаимодействия с технологиями. Он объединяет традиционные понятия социального интеллекта, такие как эмпатия и коммуникативные навыки, с когнитивными способностями, которые усиливаются и трансформируются под воздействием интеллектуальных технологий. В результате формируется новая когнитивная структура, адаптированная к потребностям современного цифрового общества.

Целью данного исследования является описание развития мозга человека и нейросоциального интеллекта в условиях активного внедрения интеллектуальных технологий. Важно значение приобретает понимание того, как взаимодействие с этими технологиями влияет на когнитивные и социальные функции человеческого мозга, а также какие новые возможности и вызовы возникают в процессе этого взаимодействия. Особое внимание будет уделено анализу нейрофизиологических изменений, происходящих под воздействием технологий, и их влиянию на социальные аспекты человеческого поведения.

Таким образом, исследование нейросоциального интеллекта в контексте интеллектуальных технологий открывает новые перспективы для понимания эволюции человеческого мозга и его адаптации к изменяющейся технологической среде.

Единственный интеллект, изученный и описанный (Кеттелл, Бостром, Спирман, Флинн, Оллпорт, Гилфорд, Айзенк и др.), является биологическим и его социальной производной. Интеллект — это

комплексное психическое качество, объединяющее в себе ряд познавательных способностей. В частности, интеллект включает в себя:

1. Способность осознавать и анализировать внешние и внутренние обстоятельства, случающиеся ситуации.

2. Возможности к обучению, запоминанию информации и действий на основе полученного опыта. Использование накопленных знаний для управления окружающей средой.

3. Понимание и применение абстрактных концепций, эмоций.

4. Общая способность к познанию, мышлению и решению проблем и состоящий из базовых психических процессов: ощущение, восприятие, память, представление, мышление, воображение, выбор, действие.

Этимологически термин «интеллект» происходит от латинского «intellectus», означающего «восприятие, разумение, понимание, понятие и рассудок». Человек нового времени способен разобраться в новом виде деятельности уже на базовом уровне. Студенты учатся благодаря собственным знаниям и опыту других. Переживание озарения и прозрения, выходящие за рамки ранее полученных знаний, отказ от ранее усвоенных концепций, перенос знания с одной задачи на другую – все эти общие способности к обучению человека. Они являются чрезвычайно полезными и для искусственного интеллекта (ИИ; Искусственный интеллект — это алгоритмы и системы, способные воспринимать, обрабатывать информацию и принимать решения. Ключевые направления ИИ включают машинное обучение, компьютерное зрение, обработку естественного языка и робототехнику, постоянно совершенствуясь для помощи человеку в различных сферах) и его производных – технологий (ИТ; Интеллектуальные технологии – информационные и коммуникационные технологии, основанные на методах искусственного интеллекта).

Например, ИТ позволяют избежать необходимости создания новых программ ИИ для каждой новой задачи. Однако такие общие способности к обучению машин невозможно развить постепенно, начиная с текущего уровня развития ИИ. Общий интеллект человека существенно отличается от способности машин и алгоритмов выявлять статистические взаимосвязи в больших данных, что является основным преимуществом современных алгоритмов ИИ. Но, поскольку ИИ и его технологии постоянно обучают мозг современного человека цифровой эпохи, то уже требуется принципиально новый подход к пониманию измененного интеллекта, который обозначен как нейросоциальный. Он является гибридной формой современного интеллекта, погруженного в медиасреду и включенного в процессы интеллектуальных технологий.

Если начать с понимания того, что должен сделать ИИ для достижения или превосходства человеческих когнитивных способностей, необходимо глубоко изучить человеческий интеллект и

сложную архитектуру мозга. Помимо известного понимания функционирования и эволюции мозга до его нынешней формы, стоит упомянуть научные методы, лежащие в основе понимания мозга, включая ограничения этих методов.

Человеческий мозг — это сложный биологический орган, структура и функции которого развивались на протяжении сотен миллионов лет. Эта сеть клеток, которая способна обрабатывать сенсорные данные, воспринимать и моделировать действия, делать прогнозы, планировать и выполнять свои действия в социальной среде. Таким образом, мозг помогает нам выживать и процветать, передавая потомству генетические коды. Он является центром сознания и творчества, открывающим способности к языку, искусству, музыке, науке, умениям, в отличие от животных. Биологическая система, состоящая из специализированных клеток, подобных другим органам, таким как сердце или вилочковая железа. Мозг подвержен метаболическим ограничениям и испытывает сильное влияние внутренней химической среды организма.

В отличие от любого компьютера, уникальная структура и архитектура мозга возникла из биологических клеток и химических процессов, а не была спроектирована в кремниевом микропроцессоре. Кардинальные различия между мозгом и компьютером помогают нам понять, почему естественный интеллект так сильно отличается от современных систем ИИ и почему этим системам еще предстоит пройти долгий путь к соответствию компетенциям человека, но в тоже время и человеку придется учиться и догонять ИИ, с помощью своего нейросоциального интеллекта. Кора головного мозга не содержит диска с накопленной информацией или оперативной памятью, поскольку все распределено по ансамблям и локусам. Воспоминания не фиксированы в виде папок. А сам процесс запоминания и многократного воспроизведения информации, изменяет любые воспоминания.

Мозг не производит статистических вычислений для принятия решений, как это принято в современной деловой среде. Понятие «обработки» информации неокортексом, необходимо использовать осторожно, поскольку механизм, с помощью которого входящие сигналы превращаются в выходящие, совсем не похож на то, как информация проходит через сервер или компьютер. Каждая отдельная клетка в биологической системе выполняет как входные, так и выходные функции, преобразования и многие другие процессы, которые современные исследователи (Фернандес Э., Jing Du, Форрест С. Кох, Айхуа Ся, Цзиян Цзян, Джон Д. Кроуфорд) всё еще изучают [22].

Функциональные принципы работы коры – это внутреннее восприятие, развитие опыта, динамика, и относительные изменения. Мозг существует пока производит адаптируемые сложные действия,

которыми он оказывает воздействие на окружающий мир и, при этом, сам испытывает внешнее влияние. Неважно, физического мира или виртуального. А иногда и смешанного. При изучении памяти, способов познания и осознания, сенсорной интерпретации, причин и следствий – важно учитывать тотальное поле проявления творческой динамики.

Этот принцип сильно контрастирует с ИИ и компьютерами, которые были созданы для выполнения вычислений и обработки известных данных. Самые первые нервные сигналы, возникшие сотни миллионов лет назад, координировали деятельность удаленных друг от друга частей тела ранних животных еще до того, как они сконденсировались в едином локусе мозга.

Нам сегодня необходимо понять особенности нейросоциального интеллекта, который, по сути, имитирует работу интеллектуальных технологий. В отличие от ИИ, биологический интеллект идентифицирует и реагирует на различия в текущем состоянии окружающей среды. Клетки сетчатки глаза, испытывают быстрое перенапряжение и перестают принимать сигналы, если в их поле зрения отсутствует движение. Происходит буквально краткосрочное ослепление в статичной среде. Возможно, схожий механизм проявляется в нашей информационной потребности, когда, оставаясь без мобильного устройства длительное время, многие оказываются в «информационной слепоте», в результате чего происходят обратимые психические и когнитивные нарушения.

Термин «относительность» – важен при рассмотрении биологической составляющей. Во всем теле и в самом мозге существует набор «постоянных» реакций, которые заставляют нас чутко реагировать на различия, но оставляет нас отчасти расфокусированными в отношении абсолютных значений. В один солнечный день 28 градусов по Цельсию кажутся нам жаркими, в другой день точно такая же температура кажется прохладной. Весной только что появившаяся зелень кажется нам более зеленой, потому что мы привыкли к более серой зиме. Позже, летом, тот же самый зеленый цвет может казаться менее ярким после долгого пребывания под открытым небом (Welbourne, 2015). Поднимая предметы, человек различает примерно 5 % разницы в весе между двумя различными предметами. Способность почувствовать разницу между 1,00 и 1,05 кг, не позволяет мозгу точно определить разницу между 100 кг и 100,05 кг, хотя это одинаковые абсолютные значения.

По сути, мозг привыкает к определенному уровню входящих информационных сигналов. Любое отклонение от этого уровня легко обнаруживается. В динамичной среде индивиды привыкают к любым закономерностям, а затем реагируют на изменения этих закономерностей. Гораздо легче мозг определяет изменение уровня, чем

сам уровень, потому что именно изменение уровня имеет важное значение для выживания вида. Мозг не тратит энергию на обработку того, что статично и, следовательно, не имеет актуального значения в моменте.

Необходимо также упомянуть, что то, что воспринимает каждый человек своими органами чувств, не является реалистичным отображением входящих информационных данных, полученных от сенсорных систем. Большая часть того, что воспринимается, на самом деле не существует, а состоит из ожиданий, предположений и проекций, которые мозг ежедневно создает, чтобы понять окружающую среду и управлять ею.

Восприятие — это внутренняя реальность. Например, ОКР, невротические расстройства и даже шизофрения, демонстрируют, насколько далека от реальности смоделированная мозгом картина, несмотря на очевидные различия между этой картиной и тем, что на самом деле присутствует в среде. С точки зрения проводящих нейронных связей, большинство входящих сигналов не поступает непосредственно в кору головного мозга, подвергаясь значительным изменениям по всей коре, прежде чем попасть в области, которые считаются вовлеченными в осознание. Персональный компьютер создает реальность для пользователя на основе данных, поступающих к нему извне. Мозг современного индивида цифровой эпохи не имеет таких ограничений. «Часть модели восприятия генерируется из «данных», создаваемых самим мозгом» (Oster, Newquist, 2024).

Основные принципы биологического интеллекта (то, как мы производим движение, реагируем на изменения и генерируем внутреннюю реальность) радикально отличаются от базовой функциональности современного ИИ. Чтобы разобраться, как работает ИИ в сравнении с основными функциями человеческого мозга, необходимо рассмотрение нервной клетки и молекулярных сетей, лежащих в основе функционирования мозга, потому что эти строительные блоки являются основой интеллекта, который так сильно отличается от машины, но при этом, остается очень восприимчивым к современным информационно-технологическим влияниям.

Мозг современного человека демонстрирует сложную иерархическую организацию, включающую молекулярные и нейронные сети, а также более крупные структуры. Эти структуры имеют идентифицируемую организацию, повторяющуюся у разных людей. Строительные блоки мозга состоят из двух основных типов клеток: нейронов и нейроглий (Глии – совокупность вспомогательных клеток нервной ткани, достигающих 40% объема ЦНС. Они не производят импульсов, осуществляя гомеостаз, помогая и защищая нейроны). 85 миллиардов нейронов связаны между собой в сложную нейронную сеть,

которая передает электрические сигналы между этими клетками через аксоны, синапсы и дендриты. Их соединения поддерживают более 100 триллионов синапсов. Все клетки работают в гармонии, чтобы собрать сложную и обширную, но предсказуемо организованную сеть мозга.

Во время передачи сигнала от одного нейрона к другому нейротрансмиттеры мигрируют через расщелину к постсинаптической стороне, где их накопление в различных рецепторах в конечном итоге условно заставляет постсинаптический нейрон испустить импульс по дендриту к следующему нейрону. Когда два связанных нейрона срабатывают в быстрой последовательности, синапс между ними становится более чувствительным или потенцированным, функционируя с большей готовностью. Этот процесс является, по сути, долговременным потенцированием и обучением, и оно происходит постоянно, когда мы передвигаемся, чувствуем и взаимодействуем с виртуальным миром и с реальной окружающей средой. Такое обучение – ключевой механизм накопления знаний, навыков и памяти.

Помимо нейронов, подающих возбуждающий сигнал, примерно 20-30 % нейронов (и связанных с ними синапсов) подают сигналы торможения, которые избирательно нейтрализуют возбуждающие импульсы. Таким образом, дендриты создают сложные входящие сигналы для нейронов, которые выполняют логические вычисления.

Электрические импульсы, посылаемые по аксонам и через химические синапсы к следующей клетке, позволяют нейронам передавать информацию на большие расстояния. Изменения в самом импульсе или его потенцирование и изменения в силе синаптических связей (благодаря таким процессам, как долговременное обучение) между нейронами лежит в основе пластичности мозга. Благодаря сложной пластичности мы можем изменять собственные убеждения, мысли, эмоции и посттравматические физические ощущения.

В человеческом мозге существуют десятки типов нейротрансмиттеров, которые могут нести разнообразную информацию помимо потенциала действия, вызвавшего их выброс. Сложные электрохимические сети внутри и между клетками мозга позволяют обрабатывать информацию, значительно превышающую ту, которую можно было бы ожидать от одного только количества нейронов и их связей (более 100 триллионов). Эти сети молекул не только регулируют то, как нейроны себя ведут, и как передают электрическую информацию другим нейронам, но и как посылают неэлектрические сигналы, помогают регулировать локальные реакции или масштабные переживания угрозы и потери. (Глии способны изолировать и регулировать крупные, независимые друг от друга области нейронов). Современное понимание данных процессов позволяет трансформировать методологию сбора первичной информации

психологами, адаптируя консультационные и терапевтические модели помощи клиентам.

Упрощенное описание глубокого машинного обучения (ИИ) чрезмерно детализирует модель нейронных сетей и нейронов, исключая большинство функциональных деталей, и тем самым упуская многие основные функции мозга. Модель Deep Learning, имеющая такое же количество «нейронов» и связей, как и человеческий мозг, все равно будет на порядки менее способной, чем биологический мозг, поскольку модель нейронной сети DL на порядки менее сложна, чем электрические, молекулярные и клеточные сигнальные сети настоящего мозга. Но даже такая модель, реализуемая в алгоритмах GPT-чата, уже продемонстрировала изменения в восприятии и поведении пользователей. Интеллектуальные технологии, голосовые помощники, встроенные алгоритмы ИИ в мобильные устройства – создают дополнительное потенцирование мозга, от которого невозможно защититься, если только не престать пользоваться интернетом и цифровыми устройствами. Но, активно появляющиеся умные города, переросший по количеству населения Земли «интернет вещей» и цифровые платформы не оставляют практически никаких шансов нашему интеллекту не измениться. Нейросоциальный интеллект (NSi), как вырабатываемая человеком способность понимать современные технологии, работающие на ИИ, регулировать свои информационные потребности, распознавать степень влияния цифровизации, понимать алгоритмы интеллектуальных технологий, управлять собственным поведением в ответ на попытки алгоритмов вовлечения в смешанную и медиа реальность, осознавать внутренние психологические состояния, принимать своевременные решения, направленные на поддержание социальных (офлайн, онлайн) связей и улучшение качества жизни, требует более глубинного исследования [4, 5, 6].

Возьмем способность компьютера к восприятию кода, которую программисты называют рефлексией. Человек также способен рефлексировать, за счет обладания способностью к символическому мышлению, когда мозг использует язык простых знаков, образов, позволяя передать информацию быстрее логичных объяснений [7]. Широко известен пример работы терапевтической метафоры. Чтобы изменить деструктивное поведение клиента в стратегическом подходе, мы можем назначить выполнение парадоксального предписания подробно описав, что нужно делать для избавления от симптома. Клиент сможет выполнить это новое поведение, которому ему не придется обучаться с нуля. Изучение новых форм поведения, как и нового языка, подобно включению уникальных данных в алгоритмы искусственного интеллекта. Он сначала не понимает их, но затем начинает собирать подобную информацию из всей всемирной сети,

обучаясь на запросах пользователей, их уточнениях, расширении понятий. Современные технологии обучения новым языкам учитывают алгоритмы машин и интегрируют разные сферы применения одного и того же слова в жизненных ситуациях, в геймифицированных условиях и при поддержании фокуса внимания и интереса на протяжении курса. Понятно, что знание слов для обозначения того или другого явления позволяет расширить память и, возможно, даже повысить способность к абстрактному мышлению, например к пониманию того, что у других могут быть мысли, отличные от наших. Например, те, кто знает больше слов для обозначения оттенков цвета, лучше запоминают представленные цветовые оттенки, хотя на восприятие цвета это не влияет (Hasantash, 2020). Индивиды, у которых нет слов для обозначения абстрактных понятий, таких как «теория искусственного разума», например глухие дети, растущие без языка, могут вообще не суметь осмыслить эти абстрактные понятия, если не выработать для них специальные понятия и слова в раннем возрасте (Morgan & Kegl, 2006). Использование описательного языка, уточняющие понятия и многоуровневое обучение с познанием нового делает нас умнее, заставляя поддерживать динамику, пока превосходящую технологии ИИ.

Согласно Fiebach & Schubotz (2006), область Брока в коре головного мозга, участвующая в артикуляции и производстве речи и структуры, лежащие в основе понимания языка, обеспечивают искусное распознавание образов во временных последовательностях. Эта способность коррелирует с языковыми и музыкальными способностями, а также с изготовлением орудий труда. Поэтому может оказаться, что сложное распознавание временных паттернов является предпосылкой для развития сложного языка и других непростых навыков. А понимание того, как будет работать генеративный ИИ приведет к ускорению локальной обработки информации, сокращению или выпадению из лексикона целых слов или замене их сокращениями (Internet of Things – IoT; comfortable – comfy; am not – ain't; you – ya; algorithm – algo).

Сегодня любое воспоминание, распределенное в коре головного мозга, хранится в памяти в виде голограммы, причем разбросанной по обширной области с распределенными повсюду частями информации. Так называемые «поддерживающие колонны» коры составляют основу памяти, которая кодирует входящий сигнал в структуры памяти и декодирует их в воспоминания для воспроизведения, причем все это происходит распределенным образом, так что потеря небольшой части коры может привести лишь к потере некоторых аспектов воспоминаний, но не самих воспоминаний.

Мы знаем, что глобальные повреждения мозга, такие как болезнь Альцгеймера, вызывают прогрессирующую глобальную потерю всех

воспоминаний, которые разрушаются вместе и по мере того, как кора головного мозга деградирует. Но ни одно повреждение той или другой структуры мозга, не наносит такой урон долгосрочной памяти, чем болезнь Альцгеймера. Чип Neuralink, разработанный американской нейротехнологической компанией Илона Маска, является экспериментальной технологией, которая потенциально может быть использована для борьбы с болезнью Альцгеймера и других заболеваний головного мозга, а также решения проблем симбиоза человека и ИИ.

Чип представляет собой имплантируемое устройство, которое записывает и стимулирует нейронную активность в различных областях мозга. Как только чипу удастся идентифицировать специфические нарушения нейронной активности, Neuralink активируется для прицельной электрической стимуляции и модуляции этих областей. Теоретически такая работа должна помочь в восстановлении или в компенсаторике нарушенных когнитивных функций. Создание прямого интерфейса между мозгом и компьютерными системами в будущем может способствовать разработке нейробиологических методов диагностики, мониторинга и терапии.

Среди рисков необходимо отметить повышенную вероятность вмешательства и влияния на нейронную активность, лежащую в основе личного выбора, приводящих к частичной или полной утрате автономии человека в процессе принятия решений. Чип может использоваться для манипулирования волей и поведением. Повышенные ожидания от нейротехнологий могут привести к снижению способности человека самостоятельно действовать в ситуации неопределенности (зависимость от «внешних подсказок»). Необходимо упомянуть и о продумывании защиты конфиденциальности личной информации и несанкционированного подключения. Перестройка интеллектуальных способностей в цифровом мире, изменение скорости обработки входящих информационных сигналов биологическим интеллектом, расширение информационных потребностей требуют развития нейросоциального интеллекта личности в период стремительного развития ИИ и проникновения интеллектуальных технологий.

Нейробиологическая лаборатория Эланор Макгуайр из Университетского колледжа Лондона провела исследования и доказала, что память используется не для того, чтобы вспомнить точную запись из прошлого, а для того, чтобы прогнозировать будущее, используя ту же самую информацию и процессы в мозге для создания новых, генерируемых воспоминаний и повествований в дополнение к реконструкции прошлых воспоминаний, которая осуществляется через гиппокамп (Гиппокамп – парная структура, расположенная в височных отделах полушарий, выполняющая функции кратковременной памяти и

отвечающая за дальнейший перевод информации в долговременную память). «Процессы формирования памяти и прогнозирования будущего схожи и взаимосвязаны, что является отличительной чертой человеческого интеллекта» (Hassabis, Maguire, 2007; Schacter, 2012). Поскольку мозг реконструирует воспоминания каждый раз, когда мы обращаемся к памяти, воспоминания меняются и смещаются по мере повторения этого процесса, что делает человеческую память склонной к внушению, ошибкам и непоследовательности, и она не является абсолютной, как компьютерная память или база ИИ. Но благодаря такой пластичности индивиды творчески подходят к повествованию о прошлом и будущем, что позволяет нам, в отличие от интеллектуальных технологий, видеть и понимать больше того опыта, который был однажды пережит.

Во время фазы быстрого сна, которую мы можем искусственно моделировать с помощью техники EDMR в терапии ПТСР, мозг исследует ассоциации между слабыми связанными воспоминаниями с помощью вымышленных сновидческих повествований и образов, которые, хотя и не предназначены для решения непосредственных проблем и даже не обязательно включают в себя опыт бодрствования, закладывают сеть ассоциаций, помогающих в решении проблем управления нейросоциальным интеллектом, независимо от того, вспоминаются ли сознательно сны или воспроизводится любая входящая информация. Во сне, помимо перемещения воспоминаний из кратковременной эпизодической памяти в долговременную (Tata, Stickgold), мозг также формирует связи между потенциально связанными воспоминаниями и абстрактными понятиями.

В психологической практике часто применяется тест «Восстановление последовательности событий», в котором предлагается набор карточек с изображенными на них сценами, а затем просят расположить их в той последовательности, в которой происходили события. Многие хорошо справляются с задачей упорядочивания событий в хронологическом порядке, угадывая их последовательность, даже когда на карточках представлены новые ситуации и уникальные последовательности.

Основной инструмент, который использует мозг для запоминания, познания, прогнозирования и планирования, — это повествования, или истории, которые он строит из абстрактной памяти, хранящейся в архиве. Существует внутреннее представление для этих историй памяти, где события связаны во времени посредством образных концепций, что позволяет гиппокампу и другим частям системы памяти мозга организовывать истории или рассказы из этого представления для восстановления воспоминаний о прошлом, прогнозирования

моделей будущего или использования таких на подсознательном уровне для решения психологических и поведенческих проблем.

Повествование (Byung-Chul Han, 2023) — это часть нашей этологии, которая помогает обеспечивать общий интеллект и создает силу воздействия, подпитываясь опытом. Информация, являясь противоположностью повествованию, не существует дольше мгновения, постоянно обновляясь, пробуждает в человеке бесконечные желания и цифровые потребности. Медiasреда способствует тому, чтобы наши органы чувств, а соответственно и мозг, постоянно испытывали стимулирование, фрагментируя фокус внимания и препятствуя созерцанию и последовательности. Наш внутренний диалог, своеобразный «мысленный поток», — один из самых мощных когнитивных инструментов, обеспечивающий основу для абстрактного планирования. Эта тенденция к созданию внутренне последовательного повествования настолько сильна, что даже личности, не способные удерживать в долгосрочной памяти информацию, достраивают мысленно себе реальность, веря в нее, как в реально сущее, чтобы заполнить ментальные пробелы. Такая психологическая конфабуляция является когнитивной ошибкой, из-за которой индивид путает воображаемые образы с реальными воспоминаниями. Уверенность в правоте и правдивости собственной памяти обусловлена когнитивными нарушениями.

Язык же, которым личность выражает себя, либо контактирует с виртуальным интеллектуальным пространством — особой формой структурированного повествования в памяти, развитой у людей и выраженной посредством письма: смс, смайлы, гиф-изображения и прочие знаковые элементы. Такое повествование является этологической основой познания и коммуникации. Даже способности к абстрактному мышлению в определенной степени зависят от навыков находить слова для идей.

Но по какой причине, ученые рассматривают человеческий мозг в качестве эталона для создания генеративного искусственного интеллекта?

Как утверждают Шмидт и Полле: «Способность интегрировать информацию из большего числа источников, отслеживать их с высокой частотой и выполнять широкий спектр вычислений, стала ключевым эволюционным шагом для возникновения человеческого познания». Эволюционный отбор, основанный на жизни людей в социальных группах, также сформировал в неокортексе крупную часть лобной доли, позволяющей рассуждать, анализировать, обрабатывать информацию, а также улучшать контроль над телом и речью, что позволяет одинаково успешно взаимодействовать в реальной и в виртуальной средах. Но несмотря на то, что люди считают себя умнее животных и прототипом

искусственного интеллекта, важно отметить, что способность пчелы ориентироваться в поисках нового источника пищи, а затем возвращаться в улей и сообщать остальным о его местонахождении можно назвать суперинтеллектом по сравнению с современными возможностями лучших беспилотных автомобилей. Белки могут закапывать орехи осенью и находить их спустя 6 месяцев, в то время как мы пытаемся вспомнить куда положили пульт или ключи спустя тридцать минут.

На сегодняшний день можно сделать вывод, что интеллект человека зависит от масштаба взаимодействий, а не от уникальной архитектуры мозга. Нахождение в культурных группах, наличие сложного речевого аппарата и оцифровки деятельности подтолкнули эволюцию мозга в направлении создания ИИ, новых профессий и инструментов, обеспечивающих динамику выживания современного общества. Развитые возможности нейросоциального интеллекта в будущем смогут значительно превзойти современный социальный и эмоциональный уровни интеллекта и поэтому NSi может быть использован даже в качестве прототипирования некоторых особенностей интеллектуальных технологий.

Список литературы

1. Вершинина, И. А. Социальные отношения в большом городе / И. А. Вершинина. Москва: Центр этнических и международных исследований, 2024. 160 с.
2. Гараганов, А. В. Развитие потенциала интеллектуальных технологий в управлении безопасностью современного города / А. В. Гараганов // Социально-политические науки. 2024. Т. 14, № 2. С. 177-182. DOI 10.33693/2223-0092-2024-14-2-177-182. EDN HPDXXW.
3. Гараганов, А. В. Как интеллектуальные технологии меняют общество и пространство большого города / А. В. Гараганов // 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. Социальные аспекты удовлетворения информационных потребностей миллениалов: структура и проявления / А. В. Гараганов, П. В. Разов // Власть. 2024. Т. 32, № 1. С. 182-188. DOI 10.31171/vlast.v32i1.9968. -EDN ADOWCL.
5. Гараганов, А. В. Методологические основы исследования нейросоциального интеллекта студентов, использующих цифровые технологии / А. В. Гараганов // Человек и образование. 2023. № 2(75). С. 76-85. DOI 10.54884/S181570410026448-7. EDN NCQQCD.
6. Гараганов, А. В. Нейросоциальный интеллект: эволюция потребностей и интеллекта человека в эпоху глобальной цифровизации / А. В. Гараганов // Самоуправление. 2022. № 5(133). С. 296-301. EDN RJXZMA.
7. Гараганов, А. В. Метод «CAUSALTHERAPY». Причинный подход в психологическом консультировании и терапии : «Золотой фонд психотерапии» / А. В. Гараганов. Москва : Издательские решения, 2022. 192 с.. EDN GXNSAS.
8. Исследование активности участков головного мозга на основе классификации цепочек частотных локальных максимумов в сигналах ЭЭГ / Я. А. Туровский, С. Д. Кургалин, А. Г. Семенов, А. В. Максимов // Информатика: проблемы, методология, технологии. Том 3. Воронеж: ВГУ, 2013. С. 302-308. EDN UAMQCT.

9. Карен, К. С. Клинические исследования в нейропсихоанализе. Введение в глубинную нейропсихологию / К. С. Карен, С. Марк. Москва : Академический проект, 2016. 272 с. EDN YSKGJR.
10. Корсакова, Н. К. Клиническая нейропсихология : Учебное пособие / Н. К. Корсакова, Л. И. Московичюте. Москва : Юрайт, 2019. 165 с. EDN VDOOHV.
11. Моргунов, А. А. Информационное общество и перспективы его трансформации: философско-культурологический анализ : специальность 24.00.01 "Теория и история культуры" : диссертация на соискание ученой степени кандидата философских наук / Моргунов Андрей Александрович, 2016. 188 с. EDN JJBHRX.
12. Мишин, А. С. Нейронные сети: принципы работы и проблемы их реализации / А. С. Мишин, Л. В. Зимина // Цифровые инструменты обеспечения устойчивого развития экономики и образования: новые подходы и актуальные проблемы : Сборник научных трудов. Орел: РАНХиГС, 2024. С. 116-121. EDN NBZWLK.
13. Николаева, Е. И. Психофизиология : психологическая физиология с основами физиологической психологии / Е. И. Николаева. Москва: Пер Сэ, 2008. 624 с. EDN SBROJF.
14. Салимов, Р. Р. Применение искусственного интеллекта в медицине и здравоохранении / Р. Р. Салимов, Д. Р. Тахаутдинов // Цифровые системы и модели: теория и практика проектирования, разработки и применения. Казань: Казанский государственный энергетический университет, 2024. С. 1070-1072. EDN LIZJTT.
15. Смирнов, И. А. Искусственный интеллект в принятии управленческих решений / И. А. Смирнов, Д. В. Редников // Цифровые системы и модели: теория и практика проектирования, разработки и применения. Казань: Казанский государственный энергетический университет, 2024. С. 1110-1114. EDN HNSDWF.
16. Фудина, Е. В. Цифровизация и трансформация в управлении социально-экономическими системами / Е. В. Фудина, А. В. Носов, Э. И. Позубенкова // Московский экономический журнал. 2022. Т. 7, № 12. EDN OUVWYR.
17. Хан, Бён-Чхоль. Кризис повествования. Как неолиберализм превратил нарративы в сторителлинг / Бён-Чхоль Хан. Москва : АСТ, 2023. 160 с.
18. Шестерина, А. М. Ассоциативное поле Искусственного Интеллекта / А. М. Шестерина // Медиа в современном мире. 63-и Петербургские чтения. Санкт-Петербург: Медиапапир, 2024. С. 128-129. EDN BRGSFS.
19. Fahle, M. Failures of visual analysis: Scotoma, agnosia, and neglect / M. Fahle // The Neuropsychology of Vision, 2003. DOI 10.1093/acprof:oso/9780198505822.003.0007. – EDN YAVWYK.
20. Panksepp, Ja. [BOOK REVIEW] Affective Neuroscience, the foundations of human and animal emotions / Ja. Panksepp // American Journal of Psychiatry. – 2002. – Vol. 159, No. 10. – P. 1805. – EDN GRWKVD.
21. Schmahmann, Jd. The cerebellar cognitive affective syndrome / Jd. Schmahmann, Jc. Sherman // Brain. – 1998. – Vol. 121, No. 4. – P. 561. – EDN ILZXVB.
22. Shobe, E. R. Independent and collaborative contributions of the cerebral hemispheres to emotional processing / E. R. Shobe // Frontiers in Human Neuroscience. – 2014. – Vol. 8, No. 1 APR. – P. 230. – DOI 10.3389/fnhum.2014.00230. – EDN SOWTKB.
23. Jing Du, Forrest C. Koch, Aihua Xia, Jiyang Jiang, John D. Crawford, Ben C.P. Lam, Anbupalam Thalamuthu, Teresa Lee, Nicole Kochan, Chloe Fawns-Ritchie, Henry Brodaty, Qun Xu, Perminder S. Sachdev, Wei Wen, Difference in distribution functions: A new diffusion weighted imaging metric for estimating white matter integrity, NeuroImage, Volume 240, 2021, ISSN 1053-8119, <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2021.118381>.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И ФРУСТРИРОВАННОСТИ СОЦИАЛЬНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ У МАТЕРЕЙ

Трушкина О. Ю.

Феномен эмоционального выгорания рассматривается в контексте профессиональной деятельности человека, связанной с интенсивными социальными контактами [5, 9]. Текущие проблемы общества не ограничиваются профессиональной деятельностью человека, интерес исследователей охватывает и менее заметные слои населения, в том числе, матерей, воспитывающих детей. Исследованием эмоционального выгорания матерей занимались Л.А. Базалева, М.А. Девеева, Т.И. Ильина, М.В. Сапоровская, О.В. Фадеева, Т.А. Шишкова и др., но данный вопрос остается недостаточно изученным.

Появление ребенка в жизни женщины является ответственным жизненным этапом, благодаря которому меняется не только жизнь женщины, но и ее социальный статус, отношения как с мужем, так и с социальным окружением в целом [1]. Материнство можно рассматривать как сложный социально – психологический феномен, который состоит из влияний социально-культуральных, биологических и личностных особенностей индивидуума [4, 6, 8]. Если мы обратимся к прошлому, то заметим, что ранее существовал множественный параллельный уход за ребенком в больших неразделенных семьях [11], чего в данный культурно – исторический период мы не наблюдаем. Соответственно, на мать возлагается большая ответственность за воспитание и становление будущего человека [9, 12]. Необходимость ежедневного ухода за ребенком, постоянная оценка эффективности родительской роли – как со стороны самого родителя, так и со стороны общества – вызывает напряжение, которое ведет к состоянию ежедневного стресса. При осуществлении ежедневного ухода за ребенком родителям необходимо соответствовать определенным требованиям – начиная с удовлетворения базовых потребностей, которые способствуют физическому выживанию ребенка и заканчивая удовлетворением психологических потребностей, способствующих его гармоничному развитию [7, 10, 12]. На Западе для обозначения ежедневного родительского стресса существует свой термин *parenting stress* [10]. Большая вовлеченность в родительскую роль, депривация биологических потребностей (нормальный сон и отдых) и перестройка социальных связей [12] повышают уровень стресса, что в свою очередь ведет к эмоциональному выгоранию [12]. Под феноменом эмоциональное выгорание родителей современные исследователи понимают

развивающийся под воздействием хронического стресса синдром, который связан с ежедневной деятельностью по уходу и воспитанию детей, а также рассматривают его как дезадаптивное состояние, возникающее в отношениях матери с ребенком [1].

Стоит отметить, что ослабление социальных связей – атомизация общества – приводит к отчужденности и в сфере детско – родительских отношений, что снижает удовлетворенность от родительства и повышает уровень стресса. Поглощенность ролью матери способствует еще нарушению связи с социумом, понижению самостоятельности [8], снижению ощущения поддержки от внешнего окружения – все это повышает тревожность [2].

Последние исследования мозга показывают нам, что социальная изоляция провоцирует атрофию мозга (уменьшение объемов гиппокампа и уменьшение толщины коры), снижение когнитивных функций (памяти, скорости обработки информации, исполнительных функций). Несмотря на то, что нет данных, изучающих мозг женщины, страдающей эмоциональным выгоранием, мы можем видеть, что данные проблемы с когнитивной функцией мы наблюдаем и у матерей [9], что дает нам возможность предположить влияние социальной фрустрированности на эмоциональное выгорание.

Целью данного исследования было изучение такого феномена, как эмоциональное выгорание в связи с социальной фрустрированностью матерей. Гипотеза предполагала, что социальная фрустрированность имеет взаимосвязь с эмоциональным выгоранием матерей.

Выборку эмпирического исследования составили 114 женщин в возрасте от 18 до 48 лет, имеющих от 1 до 4 детей в возрасте от 2 месяцев до 22 лет. Из них замужем были 82%, в разводе и не замужем – 8%; средний ежемесячный доход семьи составлял до 50 000 руб. у 25,6%, 50 000 – 100 000 руб. у 44,2% и более 100 000 руб. у 34,5%; работали – 38%, были в декрете – 41,5%, являлись домохозяйками – 22,1% и временно не работали – 8,8%. Исследование было проведено в соответствии с политикой конфиденциальности при добровольном участии и информированном согласии всех респондентов.

В исследовании использовались следующие методики:

– Методика «Уровень социальной фрустрированности», разработанная в НИПНИ им. Бехтерева Л.И. Вассерманом, Б.В. Иовлевым и М.А. Беребиным [3]. Данная методика позволяет оценить социальное благополучие по пяти основным направлениям: удовлетворенность взаимоотношениями с родными и близкими, удовлетворенность ближайшим социальным окружением, удовлетворенность своим социальным статусом, удовлетворенность социально – экономическим положением и удовлетворенность своим здоровьем и работоспособностью.

- «Опросник родительского выгорания» И.Н. Ефимова [1]. Опросник позволяет определить выраженность трех компонентов родительского выгорания, а именно, уровень эмоционального истощения, деперсонализации и редукции родительских достижений.

Результаты исследования.

Результаты показывают, что у матерей уровень эмоционального истощения (Mean = 30,9; Std = 1,03) и редукция родительских достижений (Mean = 30,6; Std = 0,7) находится на высоком уровне выраженности, а деперсонализация – на среднем уровне выраженности (Mean = 8,5; Std = 0,4), что показывает нам наличие у респондентов эмоционального выгорания с разным уровнем тяжести.

*Таблица 1 - Описательная статистика
«Опросник родительского выгорания» N= 114*

Шкала	Min	Max	Moda	Mediana	Mean	St. Deviation
Эмоциональное истощение	4	54	26	32	30,93	1,03
Деперсонализация	0	26	11	8	8,58	0,44
Редукция родительских достижений	12	45	30	31	30,63	0,71

*Таблица 2 - Описательная статистика
«Уровень социальной фрустрированности» (N= 114)*

Шкала	Min	Max	Moda	Mediana	Mean	St. Deviation
Удовлетворенность взаимоотношениями с родными и близкими	1	4,75	2,25	2,5	2,56	0,067
Удовлетворенность ближайшим социальным окружением	1	5	2,25	2,5	2,66	0,082
Удовлетворенность своим социальным статусом	1	5	2,5	2,5	2,76	0,099
Удовлетворенность социально - экономическим положением	1	5	2,5	3	3,09	0,083
Удовлетворенность своим здоровьем и работоспособностью	1,75	5	4,25	3,75	3,63	0,083

Анализ уровня социальной фрустрированности по пяти основным областям жизни: удовлетворенность взаимоотношениями с родными и близкими (Mean = 2,56; Std = 0,06), удовлетворенность ближайшим социальным окружением (Mean = 2,66; Std = 0,08), удовлетворенность своим социальным статусом (Mean = 2,75; Std = 0,1), удовлетворенность социально - экономическим положением (Mean = 3,09; Std = 0,08) - показал нам средний уровень выраженности фрустрированности респондентов. По шкале "удовлетворенность своим здоровьем и работоспособностью" (Mean = 3,63; Std = 0,08) мы можем наблюдать умеренный уровень социальной фрустрированности.

Проводя анализ результатов по критерию трудоустройства, мы можем сказать, что женщины, имеющие работу, проявляют меньшее количество симптомов эмоционального выгорания, чем женщины, находящиеся в декрете, временно не работающие или домохозяйки. Работающие женщины (34 человек) имеют меньше симптомов эмоционального истощения (50%), деперсонализации (23,5%) и редукции родительских достижений (44,1%). Женщины, находящиеся в декрете (47 человек), больше проявляют симптомы эмоционального выгорания, такие, как утрата интереса к собственным детям, эмоциональное отстранение - 80,8%, симптомы деперсонализации проявляются в 31,9% и в 42,5% случаях испытывают ощущение своей некомпетентности в сфере воспитания ребенка. Женщины, которые временно не работают (10 человек), в 80 % случаях проявляют признаки эмоционального истощения, деперсонализация наблюдается у 10 % респондентов и у 40 % - обесценивание родительских достижений. Женщины - домохозяйки (24 человека) проявляли в 79,1% случаях эмоциональную опустошенность и истощенность, в 29,1 % случаях проявлялось эмоциональное дистанцирование и изоляция от вовлеченности в воспитание ребенка и в 50 % случаях женщины обесценивали свой материнский труд.

По результатам анализа корреляционных связей мы можем видеть умеренную положительную связь между неудовлетворенностью взаимоотношениями с родными и близкими - уровнем эмоционального истощения ($r = 0,534$; $p < 0,01$), слабую корреляционную связь с деперсонализацией ($r = 0,390$; $p < 0,01$) и редукцией родительских достижений ($r = 0,397$; $p < 0,01$). Фрустрированные потребности в хороших взаимоотношениях с родными могут усиливать симптомы эмоционального истощения и в то же время эмоциональное истощение влияет на отношения с родными, что может провоцировать ухудшение ситуации. Эмоциональная отстраненность от ребенка, механическое выполнение обязанностей, ощущение неуспешности как во взаимоотношениях, так и в воспитании ребенка - все это способствует эмоциональному выгоранию. Говоря об удовлетворенности ближайшим

социальным окружением, стоит заметить, что женщины зачастую теряют его, т.к. выпадают из привычного социального круга (работа, учебное заведение), что влечет за собой сужение социальных контактов, которые могли бы стать хорошим ресурсом для поддержания оптимального эмоционального фона. Так мы можем наблюдать слабую положительную корреляционную связь между эмоциональным истощением и неудовлетворенностью ближайшим социальным окружением ($r = 0,305$; $p < 0,01$), с неудовлетворенностью своим социальным положением ($r = 0,230$; $p < 0,05$) и умеренную положительную корреляционную связь с неудовлетворенностью социально - экономическим положением ($r = 0,435$; $p < 0,01$), умеренную положительную корреляционную связь с неудовлетворенностью своим здоровьем и работоспособностью ($r = 0,595$; $p < 0,01$).

Анализируя шкалу эмоционального истощения и корреляционные связи с удовлетворенностью социально - экономическим положением и удовлетворенностью своим здоровьем и работоспособностью, мы можем видеть, что эти параметры влияют на уровень эмоционального истощения. Так понижение социально - экономического статуса и проблемы со здоровьем женщины способны усилить эмоциональное истощение, что в свою очередь приводит к росту раздражения, неадекватно сильной эмоциональной реакции на ребенка. Также существует слабая положительная корреляционная связь между удовлетворенностью своим здоровьем и работоспособностью ($r = 0,287$; $p < 0,01$). Между редукцией родительских достижений и неудовлетворенностью социально - экономическим положением ($r = 0,234$; $p < 0,05$), неудовлетворенностью своим здоровьем и работоспособностью ($r = 0,290$; $p < 0,01$) мы видим слабую положительную корреляционную связь. Редукция родительских достижений может проявляться в безразличии к домашней работе и к ребенку, в обесценивании своих родительских результатов, что при наличии неудовлетворенности социально - экономическим положением и неудовлетворенности своим здоровьем ведет к усилению негативных тенденций в отношении ребенка.

В результате исследования было выявлено, что эмоциональное выгорание более выражено у женщин, находящихся в декрете, домохозяйек или не имеющих работу. Также мы могли наблюдать тесные корреляционные связи удовлетворенности отношениями с близкими и тремя компонентами эмоционального выгорания, что говорит о сильном влиянии отношений в семье на эмоциональное выгорание женщины. Мы можем наблюдать связь между эмоциональным истощением и неудовлетворенностью от ближайшего социального круга, неудовлетворенностью своим социальным статусом, социально - экономическим положением и своим здоровьем, работоспособностью.

Опираясь на это, мы можем предполагать, что разрыв в общении с социальным кругом, снижение социального статуса, понижение социально - экономического положения, ухудшение здоровья усиливают негативные эмоциональные состояния в отношениях с ребенком, снижая эмпатию и желание эмоционально включаться в заботу о ребенке. Нежелание играть с ребенком, обезличенный и формальный контакт, обесценивание отношений, негативное самовосприятие и снижение самооценки - все это усиливается ввиду неудовлетворенности своим социальным статусом, экономическим положением и проблемами со здоровьем.

Список литературы

1. Базалева, Л.А. Возможности исследования эмоционального выгорания у матерей в психологии личности // Вестник Адыгейского государственного университета. 2010. №1 С. 31- 40.
2. Березина, А.В.; Бабина, А.В. Особенности совладания с негативными эмоциональным состоянием у матерей, воспитывающих детей раннего // Психология и психотерапия семьи. 2023. №1.С. 6- 26.
3. Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности и ее практическое применение. Методические рекомендации / Л.И. Вассерман [и др.]. СПб. 2004. С. 25- 29
4. Денисова, В.А. Материнство как социально-культурный феномен с позиции различных психологических направлений // Гуманитарные исследования в Восточной Сибири и на Дальнем Востоке. 2012. №2 (18) С. 115- 118.
5. Добромыслова, Ю.А. Эмоциональное выгорание матерей через призму экзистенциального подхода // Психологические проблемы смысла жизни и акме. 2021. №1. С. 314- 316.
6. Ильина, Т.И. Эмоциональное выгорание матерей как социально - психологический феномен в контексте современной культуры // Человек и образование. 2020. №1(62). С. 138- 144.
7. Ильина, Т.И. Эмоциональное выгорание и стресс у женщин-матерей // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. -2019. Т. 8. № 6А. С. 111-118.
8. Каяшева О.И. Социально-психологическая среда вуза как фактор развития эмоционального выгорания преподавателей // Человеческий капитал.- 2024. №1. С.136-147.
9. Кочесокова, З.А. Теоретические основы исследования эмоционального выгорания у матерей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья // Форум молодых ученых. 2023. №3 (79). С. 47- 52.
10. Любушина, А.А., Савенышева, С.С. Феномен родительского стресса: обзор зарубежных концепций // Известия Саратовского университета. 2023. №2 (46). С. 123- 136.
11. Марченко, Е.М. Культура материнства и ее трансформация в условиях глобализации // Наследие веков. 2015. №4. С. 93- 97.
12. Мисюк, Ю.В. Изучение родительского стресса и способов совладения с ним у женщин в контексте интенсивного материнства // Общество: социология, психология, педагогика. 2022. №6 (98). С. 110- 115.

ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ КАК ФОРМА РАБОТЫ ПО ОПТИМИЗАЦИИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ

Николаева Н. В.

Индивидуальное психологическое консультирование — это важная форма работы, направленная на поддержку оптимального уровня нервно-психической устойчивости человека. В условиях современного мира, где стресс и эмоциональные нагрузки становятся обычным явлением, такая форма помощи становится особенно актуальной.

К основным аспектам индивидуального психологического консультирования можно отнести:

1. Создание безопасного пространства.

Консультант обеспечивает клиенту атмосферу доверия и конфиденциальности, что позволяет открыто обсуждать внутренние переживания и трудности.

2. Идентификация проблем.

В процессе консультации клиент может выявить источники стресса, тревоги или других эмоциональных проблем. Это может быть связано с работой, личной жизнью, отношениями и т.д.

3. Разработка coping-стратегий.

Психолог помогает клиенту разработать стратегии совладания с трудными ситуациями. Это может включать методы релаксации, техники управления временем, а также навыки коммуникации.

4. Повышение самосознания.

Консультирование способствует повышению осознания собственных эмоций, мыслей и поведения. Это позволяет клиенту лучше понимать себя и свои реакции на внешние раздражители.

5. Поддержка в кризисных ситуациях.

В случаях острых стрессовых ситуаций или кризисов индивидуальное консультирование может стать важным ресурсом поддержки, помогая справиться с горем, утратой или другими сложными переживаниями.

6. Укрепление психической устойчивости.

Работая над самооценкой, уверенностью в себе и навыками решения проблем, клиент становится более устойчивым к стрессам и трудностям.

Среди множества имеющихся в психологической практике методов и техник, можно выделить ряд наиболее востребованных среди психологов-практиков:

- Когнитивно-поведенческая терапия: помогает изменить негативные мысли и поведение.
- Гештальт-терапия: фокусируется на осознании текущего момента и чувствах клиента.
- Терапия искусством: использование творческих методов для выражения эмоций.
- Майндфулнес и медитация: помогают развивать осознанность и снижать уровень тревожности.

Остановимся на данных направлениях более подробно.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) — это одна из наиболее распространенных и эффективных форм психологического консультирования, основанная на взаимосвязи между мыслями, эмоциями и поведением. Она фокусируется на том, как негативные или искаженные мысли могут влиять на эмоциональное состояние и поведение человека, и предлагает стратегии для изменения этих мыслей и, соответственно, улучшения психического здоровья.

Основные принципы КПТ:

1. Взаимосвязь между мыслями, эмоциями и поведением.

КПТ основывается на идее, что наши мысли влияют на наши эмоции и поведение. Например, негативные мысли могут приводить к тревоге или депрессии.

2. Идентификация и изменение искаженных мыслей.

В процессе терапии клиент учится распознавать негативные автоматические мысли (например, "Я никогда не смогу это сделать") и заменять их более реалистичными и позитивными.

3. Поведенческие эксперименты.

КПТ включает в себя практические задания и эксперименты, которые помогают клиенту проверить свои мысли и убеждения в реальной жизни. Это может включать в себя изменение поведения в определенных ситуациях для оценки результата.

4. Фокус на текущих проблемах.

КПТ в основном ориентирована на решение текущих проблем, а не на глубокое исследование прошлого. Это позволяет быстрее достичь результатов.

5. Структурированность и целенаправленность.

Сессии КПТ имеют четкую структуру и цели, что помогает клиентам видеть прогресс и оставаться мотивированными.

Применение КПТ:

- Тревожные расстройства. КПТ эффективно используется для лечения различных форм тревоги, включая панические атаки, социальную тревогу и генерализованное тревожное расстройство.

- Депрессия. Терапия помогает клиентам изменить негативные мысли и улучшить настроение.

- Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР). КПТ может помочь клиентам справиться с навязчивыми мыслями и ритуалами.

- Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). КПТ может использоваться для обработки травматического опыта.

- Расстройства пищевого поведения: Терапия помогает изменить нездоровые мысли о еде и теле.

Этапы КПТ:

1. Оценка проблемы. Психолог проводит оценку состояния клиента, его мыслей и поведения.

2. Определение целей терапии. Устанавливаются конкретные цели, которые клиент хочет достичь.

3. Работа над изменением мышления. Клиент учится распознавать и изменять негативные мысли.

4. Поведенческие изменения. Внедрение новых поведенческих стратегий и техник.

5. Оценка прогресса. Регулярная оценка изменений и корректировка подходов при необходимости.

Когнитивно-поведенческая терапия является мощным инструментом в психологическом консультировании, который помогает людям справляться с различными психическими расстройствами и улучшать качество жизни. Благодаря своей структурированности и ориентированности на результат, КПТ позволяет клиентам быстро достигать значительных изменений в своем мышлении и поведении.

Гештальт-терапия — это форма психотерапии, основанная на принципах гештальт-психологии, которая акцентирует внимание на восприятии целостности опыта и осознании текущего момента. Она была разработана в 1940-х годах Фрицем Перлзом, Лаурой Перлз и Рольфом Дибертом и с тех пор приобрела популярность как эффективный метод психологического консультирования.

Основные принципы гештальт-терапии:

1. Осознанность.

Гештальт-терапия подчеркивает важность осознания своих мыслей, чувств и действий в настоящем моменте. Клиенты учатся быть внимательными к своим внутренним состояниям и окружающей среде.

2. Целостность.

Основное внимание уделяется целостному восприятию опыта. Гештальт-терапия рассматривает человека как единую систему, где мысли, эмоции и физические ощущения взаимосвязаны.

3. Фокус на "здесь и сейчас".

Терапия акцентирует внимание на текущем опыте клиента, а не на прошлом или будущем. Это позволяет клиентам лучше понимать свои чувства и реакции в данный момент.

4. Ответственность.

Гештальт-терапия подчеркивает важность личной ответственности за свои мысли и действия. Клиенты учатся осознавать, как они могут влиять на свою жизнь и свои отношения.

5. Работа с незавершенными делами.

В терапии исследуются незавершенные дела или нерешенные проблемы, которые могут препятствовать эмоциональному благополучию. Это может включать в себя невыраженные чувства или конфликты.

Применение гештальт-терапии:

- Личностный рост. Гештальт-терапия помогает людям лучше понять себя, свои желания и потребности.

- Отношения. Терапия может быть полезна для улучшения межличностных отношений, так как она фокусируется на осознании собственных чувств и потребностей.

- Тревога и депрессия. Терапия может помочь клиентам справиться с тревожными состояниями и депрессивными симптомами через осознание своих эмоций.

- Посттравматический стресс. Гештальт-терапия может быть использована для обработки травматического опыта и работы с эмоциональными последствиями.

Этапы гештальт-терапии:

1. Установление контакта. Терапевт создает безопасную атмосферу для клиента, где тот может открыто выражать свои чувства.

2. Исследование текущего опыта. Клиент учится осознавать свои мысли, чувства и физические ощущения в данный момент.

3. Работа с незавершенными делами. Обсуждаются нерешенные проблемы или конфликты, которые могут мешать эмоциональному благополучию.

4. Экспериментирование. Клиент может участвовать в различных упражнениях, направленных на развитие осознанности и самовыражения.

5. Интеграция опыта. Клиент учится интегрировать полученные знания и осознания в свою жизнь.

Гештальт-терапия предлагает мощные инструменты для самопознания и личностного роста, помогая клиентам осознать свои чувства и потребности, а также улучшить качество их жизни и отношений с окружающими. Благодаря своему акценту на осознании и

целостности опыта, гештальт-терапия остается актуальной и востребованной в современном психологическом консультировании.

Майндфулнес (или осознанность) — это практика, основанная на внимательном и неосуждающем отношении к текущему моменту, которая активно используется в психологическом консультировании и психотерапии. Эта концепция пришла из восточной философии, особенно буддизма, и была адаптирована для использования в западной психологии.

Основные принципы майндфулнес:

1. Осознанность настоящего момента.

Майндфулнес подчеркивает важность полного присутствия в текущем моменте, что помогает людям осознавать свои мысли, чувства и физические ощущения.

2. Неосуждающее восприятие.

Практика включает в себя принятие своих переживаний без осуждения, что позволяет снизить уровень стресса и тревоги.

3. Принятие.

Осознанность способствует принятию своих эмоций и состояний, что может помочь в управлении стрессом и улучшении эмоционального благополучия.

4. Фокусировка на теле.

Важным аспектом майндфулнес является внимание к физическим ощущениям, что помогает лучше понять связь между телом и разумом.

Применение майндфулнес в психологическом консультировании.

Снижение стресса. Практики майндфулнес могут помочь клиентам справляться со стрессом и тревогой, обучая их сосредотачиваться на настоящем моменте и отпускать негативные мысли.

Управление эмоциями. Осознанность помогает клиентам лучше осознавать и регулировать свои эмоции, что может быть особенно полезно при работе с депрессией и тревожными расстройствами.

Улучшение концентрации. Практики майндфулнес могут повысить уровень концентрации и внимания, что полезно в повседневной жизни и профессиональной деятельности.

Работа с телесными ощущениями. Осознанность помогает клиентам установить более глубокую связь со своим телом, что может быть полезно для работы с травмами или хронической болью.

Психотерапия на основе осознанности. Существуют специальные подходы, такие как терапия на основе осознанности (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT) или программа снижения стресса на основе осознанности (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR), которые интегрируют практики майндфулнес в терапевтический процесс.

Этапы внедрения майндфулнес в терапию:

1. Обучение основам.

Терапевт обучает клиента основам практики осознанности, включая дыхательные упражнения и медитацию.

2. Практика в жизни.

Клиентам рекомендуется практиковать осознанность в повседневной жизни, сосредотачиваясь на повседневных действиях и ощущениях.

3. Обсуждение опыта.

Терапевт и клиент обсуждают опыт практики майндфулнес, выявляя трудности и достижения.

4. Интеграция в терапию.

Осознанность используется для обработки эмоциональных состояний и трудных ситуаций в жизни клиента.

Майндфулнес — это мощный инструмент в психологическом консультировании, который может значительно улучшить эмоциональное благополучие клиентов. Практика осознанности помогает людям лучше справляться со стрессом, управлять своими эмоциями и развивать более глубокую связь с собой и окружающим миром.

Индивидуальное психологическое консультирование является эффективным инструментом для оптимизации нервно-психической устойчивости. Оно помогает людям не только справляться с текущими проблемами, но и развивать навыки, которые будут полезны в будущем. Регулярные консультации с применением ведущих методов и техник психологического воздействия могут значительно улучшить общее качество жизни, способствуя гармонии внутри личности и более успешной адаптации клиента к внешним условиям.

ОБ АВТОРАХ

Авдони́на Оксана Серге́евна, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии труда и психологического консультирования, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Государственный университет просвещения».

Бучацкая Марина Викторовна, заместитель декана факультета общей и клинической психологии, доцент кафедры общей психологии, Негосударственное образовательное частное учреждение высшего образования «Московский институт психоанализа».

Гараганов Артур Владимирович, доктор психологии, профессор, старший научный сотрудник центра «Локомотивы роста» кафедры социологии, факультета социальных наук и массовых коммуникаций Финансового университета при Правительстве РФ.

Жму́рин Игорь Евге́ньевич, 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, Негосударственное образовательное частное учреждение высшего образования «Московский институт психоанализа».

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 психологии, Негосударственное образовательное частное учреждение высшего образования «Московский институт психоанализа»; директор научного центра А.Р.Т.

Трушкина Олеся Юрьевна, Негосударственное образовательное частное учреждение высшего образования «Московский институт психоанализа».

Научное издание

Авдони́на Оксана Серге́евна
Буца́ккая Мари́на Викто́ровна
Гарага́нов А́ртур Влади́мирович
Жму́рин И́горь Евге́ньевич
Жучко́ва Тама́ра Григо́рьевна
Корнейчи́к Ири́на Викто́ровна
Никола́ева Ната́лья Викто́ровна
Трушки́на Оле́ся Ю́рьевна

ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ

Коллективная монография

Подписано в печать 26.07.2024. Формат 60х84/16. Усл. п. л. 4.

Печать цифровая. Тираж 500 экз. Заказ 3105/24-И

ISBN 978-5-00231-252-8



9 785002 312528 >

Отпечатано в соответствии с предоставленными материалами заказчика.

198097, г. Санкт-Петербург, ул. Маршала Говорова, д. 29А

Тел. (812) 715-05-21 E-mail: izdat@nic-art.ru <http://www.artnw.ru>