

СЕКЦИЯ «ПСИХОЛОГИЯ»**ПОДСЕКЦИЯ №4 «ПСИХОТЕРАПИЯ: НАУЧНЫЕ ОСНОВАНИЯ И ПРАКТИЧЕСКИЕ НАХОДКИ»****Клиническая беседа и проективная форма работы как диагностическое и терапевтическое средство в работе с ВИЧ - положительными людьми*****Баянова Мария Александровна****студентка**Сургутский государственный университет, Сургут, Россия**E-mail: marus85_85@mail.ru*

Проблема распространенности ВИЧ и СПИД в стране уже несколько десятилетий выступает актуальной. Уже несколько десятилетий медицина всего мира ищет вакцину от этих смертельно тяжелых заболеваний. И только в последние 5-7 лет стали говорить о личностно-психологической стороне проживания ВИЧ, тяжесть которой, безусловно, высока. В связи с этим для психолога остро встает вопрос о подборе необходимых психологических средств работы с людьми, имеющими такого рода заболевания, поскольку процесс работы с ними требует особой деликатности, безболезненности и тонкости, как со стороны специалиста, так и со стороны формальных и содержательных характеристик этих подобранных средств.

Поэтому целью нашей исследовательской работы стало изучение возможностей клинической беседы и проективных методик в психологической работе с ВИЧ - положительными людьми. Исследовательская работа состоит из теоретической и экспериментальной частей. Теоретическую часть составляют работы таких отечественных психологов и как Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева, Д.А. Леонтьева, Ф.Ю. Василюка, Б.В.Зейгарник, а также работы таких основополагающих авторов как В. Франкл, Хекхаузен, К. Ясперс и др.

Проективные формы работы обладают широкими возможностями в работе с внутренними и глубинными процессами, переживаниями человека, особенно в ситуации тяжелого хронического заболевания. Целесообразность выбора проективных средств объясняется тем, что, во-первых, они позволяют целостно «видеть» личность с ее мотивами и потребностями, с будущим целеполаганием и пр. Во-вторых, проективные методы позволяют опосредованно действовать на личностные образования, выполняя как диагностические, так и психотерапевтические задачи.

Проективные методы были нами вплетены в структуру клинической беседы. Клиническая беседа описана Б.В. Зейгарник как содержательно разная, зависящая от содержания проблемы, от отношения болеющего человека к этой проблеме, от задач клинической беседы. И самое основное в клинической беседе – это то, что она должна осуществляться на языке болеющего, направлена на конкретный жизненный контекст возникших и существующих у него переживаний, должна быть гибкой и тонкой по форме ее ведения.

В связи с этим в экспериментальную часть исследования была включена клиническая беседа, в структуру которой вплетались такие проективные методики как «Линия жизни», «Карта внутренней страны», а также Тест ценностных ориентаций Рокича и пословицы на тему здоровья/нездоровья.

В исследовании приняли участие двое ВИЧ-положительных людей. Работа проводилась на базе центра «Анти-СПИД» г. Сургута

А. (27 лет), образование 6 классов, рабочий на АЗС, холост, стаж заболевания 6 лет.

Б. (26 лет), неполное высшее образование (заочно обучается), работает в строительной фирме, холост, стаж заболевания 9 лет.

Так, проведенная клинико-проективная работа с ВИЧ-положительными людьми диагностировала качественное изменение их мотивационной сферы в связи с оглашением диагноза. Однако, в одном случае (ВИЧ-положительный А.) ситуация обнаружения ВИЧ внешне не повлияла на А. (с его т. зр.), но внутренне переживаниями (страх остаться в одиночестве) вытеснилась так, что сформировалось игнорируемо-попустительское проживание болезни, что привело к внутриличностному кризису и попытке суицида. Таким образом, данные исследования выявили, что в случае А. не произошла своевременная переоценка жизненных смыслов, не было самостоятельно выявлено значение ситуации боления, что привело к неблагоприятной, усугубляющей социальной ситуации развития, которая создавала дополнительную к болезни угрозу жизни.

В другом случае (ВИЧ-положительный Б.) ситуация выявления ВИЧ первоначально привела Б. к игнорирующему типу проживания заболевания (игнорирование через занятость, учебу, а затем прием наркотиков). Это продолжалось около года, пока неблагоприятная социальная ситуация развития не привела его к угрозе лишения свободы в исправительном учреждении. Это явилось точкой и одновременно стартом к переосмыслению жизненных смыслов и поиска новых. На данный момент Б. видит свой жизненный мотив в профессиональной самореализации, в поиске интересной работы (настоящая работа Б. не устраивает), в получении образования. Однако дальнейшая работа с Б. показала, что он осознает необходимость принятия заболевания, поиск нового в нем смысла, но не видит в себе внутренних ресурсов. Это очень четко отражено и в используемых нами методах диагностики. Так, в проективной методике «Линия жизни» выстраивание перспективы жизни, ее смыслов вызвало значительные затруднения у Б., следовательно, новый жизненный смысл в ситуации ВИЧ-инфицирования еще не найден, а сам контекст заболевания, место Б. в данном контексте не оценен адекватно. Важно отметить, что данное положение находит свое подтверждение и в другой методике. Так, проективное задание «Карта внутренней страны» вызвало недоумение у Б., вопросы типа «как это может быть?», «что это значит?» «как это понять?», также свидетельствуют о том, что внутренние ресурсы преодоления переживаний, ресурсы для нахождения нового для себя смысла в ситуации хронического заболевания не раскрыты.

Таким образом, использование указанных выше проективных методик, включенных в контекст клинической беседы позволило достаточно тонко и полно раскрыть феноменологию переживания людей в ситуации тяжелого хронического терминального заболевания, выявить особенности мотивационно-смысловой сферы, без опоры на которую немислима какая-либо психологическая реабилитация личности. Использование подобного сочетания клинической беседы с проективными формами работы позволяет не только выявлять переживания такого рода людей, но и опосредованно снимать тяжелые аффективные переживания, которые в силу своей тяжести оказываются словно «инкапсулированы» глубоко внутри личности человека.

Литература

1. Василюк Ф.Е., Психология переживания / Ф.Е.Василюк. – М.: Изд. Моск. Унив., 1984. – 196 с.
2. Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность / А.Н.Леонтьев. – М.: Смысл; Издательский центр «Академия», 2004. – 352 с.

3. Франкл, В. Человек в поисках смысла: Сборник: Пер. с англ. и нем./ Общ. ред. Л.Я.Гозмана и Д.А.Леонтьева; вст. ст. Д.А.Леонтьева. – М.: Прогресс, 1990. – 368с.:ил.
4. Консультирование при ВИЧ-инфекции, пособие для врачей различных специальностей, М., 2003
5. Лысюк, Л.Г. О возможностях обретения смысла в критических жизненных ситуациях / Л.Г.Лысюк // Московский психотерапевтический журнал. – 2007. - №3. – С. 166
6. Калшед, Д. Внутренний мир травмы / Д.Калшед // Московский психотерапевтический журнал. – 2001. - №2. – С.76
7. Когюнас, Р. Экзистенциальная терапия в группах / Р.Когюнас // Московский психотерапевтический журнал. – 2002. - №2.

Власть и глубинно-психологические ценности «я-концепции»

Вахницкая Марина Борисовна, Зюзько Юлия Николаевна

студентки

Межрегиональная Академия управления персоналом, Киев, Украина

E-mail: roпу2006@ua.fm

Неоднократно мы сталкиваемся с тем, что существует расхождение между тем, что люди наделенные властью декларируют и результатами их действий. В работах К. Хорни, А. Маслоу, Е. Фромм большое внимание уделено специфике индивидуальной иерархии личностных ценностей. Формирование ценностей происходит не только социумом, но и фиксированными эмоциональными драматичными переживаниями субъекта. Согласно психодинамической теории Т.С.Яценко условные ценности определяются как ценности, на которые опирается защитная система, которая ориентирована на поддержку идеализированного «Я» [1]. Ценности, которые отвечают идеализированному «Я» вызывают позитивные эмоции. Условные ценности интегрируются с нормативными ценностями, при этом сознательное провозглашение субъектом ценностей имеет под собой глубокие ценности инфантильного характера. Если для сознательного существует идеал «Я», ценности могут сознательно высказываться субъектом, а для бессознательного есть сила «Я», которая интегрируется с когнитивным уровнем защит через условные ценности. Для поддержания идеализированного «Я» необходима рационализация, отступ от реальности. Условные ценности связаны с динамикой реализации защитных тенденций «от слабости к силе». Категория условности может иметь как позитивное, так и негативное значение, что связано с реализацией защитных тенденций «к силе» и «слабости». Условные ценности могут имеет регрессивный характер, если преобладает глубинно-психологическая тенденция к «самокачанию», которая обуславливает слабость. Последствие этого - развитие тенденции к «психологической смерти» и «психологической импотенции», которая выявляется в разрушении отношений, в не способности наслаждаться жизнью. Деструктивные отношения в коммуникации могут быть обусловлены внутренними проблемами. Для компенсации комплекса неполноценности (чувства собственной неважности, незначительности; чувства моральной неполноценности; чувства слабости; чувства посредственности; чувства интеллектуальной неадекватности) происходят нарушения в коммуникативном контакте. Концентрация на себя и желание уйти от опасности для «Я» заставляет субъекта ориентироваться на высказывания значимых для него личностей. Происходит разграничение людей на две или более категории. В результате чего сужаются каналы значимой обратной связи для «Я» субъекта. Способы общения с менее значимыми людьми могут характеризоваться агрессивностью. В

поведение субъекта заложен механизм вынужденного повторения, чаще драматических событий его жизни, что в свою очередь актуализирует у него чувство неполноценности. Необходимо учитывать индивидуально-неповторимые вариации условных ценностей не только окружающих нас людей, но и людей наделенных властью. Работа с психорисунками [1] дала нам возможность эффективно диагностировать личностные проблемы с целью гармонизации внутреннего мира субъекта и его отношений с окружением. Было выявлено, что феномен «психологического эгоизма», направленный на глубинно- психологические ценности инфантильного «Я», за которым стоят «не завершенные» либидиозные дела детства, может реализовываться без ограничения интересов других людей. Субъект при этом может выявлять альтруизм, который отвечает нормативным ценностям. Гармонизация целостного мира субъекта путем решения его внутренних проблем способствовала установлению адекватных взаимоотношений в служебных и личных аспектах жизни.

Литература

Яценко Т.С. Основы глибинної психокорекції: феноменологія, теорія і практика: Навч. Посіб. – К.: Вища шк., 2006. – С. 44-47, С. 150-153.

Нарушение идентичности у девушек, перенесших сексуальное насилие в возрасте ранней юности

Журавлева Наталья Савельевна

студентка

Сургутский Государственный Университет, Сургут, Россия

E-mail: natulka2005@mail.ru

Введение

В современном мире насилие над человеком считается серьезным преступлением против личности. Представители различных теоретических направлений (Н.А.Асанова, А.Б.Орлов, Е.М.Черепанова, С.В.Ильина и др.), сходятся в признании патогенного влияния физического, сексуального и психологического насилия на формирование личности, психики и поведения, особенно перенесенного в детском, подростковом, юношеском возрасте. Чаще всего именно представители этого возрастного контингента оказываются жертвами насилия [3].

В данное время особый интерес представляет изучение сексуального насилия, которое становится привычным, общепринятым, массовым и практически безнаказанным. В современном понимании сексуальное насилие – это использование человека другим лицом для получения сексуального удовлетворения [1].

Наиболее часто исследователи в качестве последствий пережитого сексуального насилия выделяют посттравматический синдром – комплекс нарушений, характеризующийся обширной симптоматикой: нарушением сна, вторжением непрошенных воспоминаний, вегетативными реакциями и т.п. Учитывая специфику возраста ранней юности, в котором происходит становление важнейших психологических образований (самосознание, устойчивый образ своей личности, своего "Я" и т.д.), можно сказать, что травматические переживания выражаются не только в виде проявлений посттравматического стресса [2]. При переживании ситуации сексуального насилия происходит нарушение одного из важных психологических новообразований юношеского возраста – идентичности, вследствие этого меняется поведение, чувства, мысли человека.

Методы

Исследование посвящено практическому и теоретическому анализу понятия «идентичность», выделению его структуры и содержания, характеристике нарушения идентичности в результате ситуации сексуального насилия, а также анализу последствий нарушения идентичности в возрасте ранней юности.

В качестве объекта исследования мы выделяем психологические последствия сексуального насилия.

Предметом работы является феноменология нарушения идентичности девушек в возрасте ранней юности, переживших ситуацию сексуального насилия.

Цель работы: исследовать идентичность в возрасте ранней юности у девушек, перенесших ситуацию сексуального насилия; проанализировать последствия пережитого насилия, проявляющиеся в дальнейшей жизни человека; разработать курс психологического сопровождения девушек, перенесших ситуацию сексуального насилия.

Гипотеза исследования: предполагаем, что если девушки перенесли значимое для них травмирующее событие, в частности ситуацию сексуального насилия, то у них будет наблюдаться нарушение идентичности. Нарушение идентичности будет способствовать формированию личности пограничного уровня развития, выражающееся в определенной стратегии реагирования (агрессивная либо инфантильная).

Для доказательства выдвинутой гипотезы в 2006-2007 году нами было проведено исследование, в котором приняли участие 5 девушек, в возрасте 20 лет. Участницы были распределены в экспериментальную и контрольную группы. В экспериментальную группу (далее ЭГ) вошли две девушки (Т-1, Т-2) перенесшие сексуальное насилие в возрасте 16-17 лет; в контрольную группу (далее КГ) – вошли три девушки (Т-3, Т-4, Т-5), перенесшие психологическое и физическое насилие, в возрасте 0-16 лет, 9-16 лет, 17-18 лет.

В качестве метода исследования было выбрано психологическое консультирование, которое состояло из 30 встреч (по 6 с каждой девушкой), в ходе которых нами были предложены следующие методики, а также вопросы, позволяющие качественно оценить полученный материал.

Результаты

Проведенное исследование позволяет утверждать, что, во – первых, ситуация сексуального насилия вызывает нарушение идентичности, проявляющееся в виде определенных стратегий реагирования: инфантильной и агрессивной. Во-вторых, нарушение идентичности может достигать пограничного расстройства личности.

Литература

1. Асанова Н. Жертвы сексуального злоупотребления: Психопатол. пробл., возникающие у детей и подростков, переживших и совершивших сексуал. насилие/ прикладная психология и психоанализ.- 1997.- N 3.
2. Бурмистрова, Е.В. Система оказания психологической помощи в кризисных ситуациях.
3. Кон, И.С. Введение в сексологию / Москва Олимп ИНФРА-М 1999.
4. Соколова Е.Т Психотерапия: Теория и практика / М:«Академия», 2002.

Особенности психотерапевтической помощи в постсоветском пространстве (пилотажное исследование психологических центров)

Заряник Виктория Валерьевна

аспирантка

Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

E-mail: enotkin@mail.ru

Введение

Со времен становления и развития психологической и психотерапевтической помощи населению в государственных и частных организациях на территории постсоветского пространства исследование особенностей и характера этой помощи не проводилось. В связи с тем, что многие направления психотерапии пришли в Россию с Запада и из США, следовательно, они должны были пройти путь адаптации к российской историко-культурной ситуации. В то же время, раз в обществе сформировался спрос на такого рода помощь, на территории постсоветского пространства были все условия для рождения «своей» психотерапии, соответствующей психотерапевтическому запросу представителей именно нашего общества. В связи с этим правомерно задаться вопросом о том, каковы особенности и характер психологической и психотерапевтической помощи в России, каков портрет современного российского адресата психотерапевтической помощи и каков образ специалиста, оказывающего эту помощь. Все вышеперечисленное обуславливает актуальность и практическую значимость исследования.

Методы

Для ответа на поставленные вопросы было проведено пилотажное исследование предложений психологической и психотерапевтической помощи среди психологических центров, размещающих информацию о себе и своей деятельности в интернете. Критерием отбора психологических центров для исследования являлось наличие у центра персонального сайта, а также нахождение информации о центре в верхних строках поисковой системы Yandex в ответ за запрос «психологическая помощь». Было проанализировано 9 психологических центров (позиционирующих себя именно как «психологический центр»), соответствующих вышеуказанным критериям. Каждый центр анализировался по следующим заданным переменным: название центра; дата основания центра; спектр предоставляемых психологических услуг; спектр предоставляемых иных (не психологических) услуг; партнеры центра/ сайта (в том числе реклама через баннеры); обещаемые психотерапевтические результаты; психотерапевтическое направление; круг разрешаемых центром психологических проблем; описание специалистов центра (пол, образование, членство в профессиональных обществах, ассоциациях, вид психотерапии, используемый специалистом, название и характер тренингов, которые ведет специалист, т.д.); программы тренингов (название, на что направлены, какой обещают результат); темы, обсуждаемые на форуме центра, часто задаваемые вопросы, вопросы и ответы; литература, предоставляемая на сайте.

Результаты

Наиболее важными предварительными результатами исследования являются:

1. Названия центров (Встреча, Счастливая семья, Диалог, Интеграция, Альтернатива, др.) отражают наиболее часто встречаемые запросы со стороны адресата психологической помощи: желание научиться завязывать знакомства с противоположным полом, поддерживать отношения, конструктивно разрешать супружеские проблемы и проблемы, связанные с воспитанием детей, подростков, желание научиться преодолевать жизненные трудности, желание приобрести душевную гармонию, выйти из депрессивного состояния и начать новую жизнь и т.д.

2. Стремясь привлечь в центр как можно большее количество клиентов и получить большую прибыль, центры предлагают как можно больший спектр психотерапевтических направлений (НЛП, Эриксоновский гипноз, гештальт-терапия, гуманистическая и экзистенциальная терапия, когнитивная и позитивная терапия, психоаналитическая терапия, символдрама, др.). Данная особенность выглядит естественно в случае, когда в центре работают профессионалы, специализирующиеся каждый в одном направлении. Когда же специалист (встречается наиболее часто),

использует несколько, часто взаимоисключающих направления (например, психоаналитическая и клиент-центрированная психотерапия), профессионализм центра и работающих в нем специалистов, кажется сомнительным.

3. Наблюдается тенденция (в 8 из 9 проанализированных центров) приравнять древние восточные и иные эзотерические духовные практики (различные направления йоги, цигуна, массажных практик, традиций и обычаев восточного чаепития) к научно обоснованным и эффективным видам психотерапии. Такая тенденция ставит под сомнение профессионализм центра и работающих в нем специалистов.

4. В большинстве случаев психологические центры не ограничиваются предоставлением только психологических и психотерапевтических услуг, а предлагают юридические, туристические услуги, услуги стилиста, услуги по организации детских, иных праздников, проведению похорон и поминок, бизнес тренинги и т.д. Т.о., психологическая помощь «размывается» в стремлении психологических центров охватить как можно больше сфер жизни человека и предложить как можно больший спектр различных услуг. Сама психологическая помощь организуется не профессионалами, а бизнесменами, которые заодно приглашают на работу в свои «мультифункциональные» центры и психологов наряду с юристами и туроператорами.

5. В структуре психологической помощи встречаются смысловые парадоксы от чего она становится «размытой». Так, заявляя о том, что в центре оказывается помощь жертвам насилия, и разъясняя, кто имеется в виду под «жертвами насилия», к ним наряду с участниками военных действий, нападений, изнасилований причисляются те, кто оказался под манипулятивным влиянием своих знакомых/родственников, т.е. манипуляция приравнивается к насилию. Обещая избавить от ощущения себя жертвой манипуляции и научить быть к манипуляциям невосприимчивым, центры тут же предлагают множество тренингов, направленных на приобретение обратных навыков-навыков манипулирования другими (тренинг «Как потрошить мужчин»). Обещая избавить человека от зависимостей, тут же предлагается поучаствовать в «психологическом казино» он-лайн (человек может описать свою проблему и предложить другим ее решить или выступить в роли «эксперта» по решению проблемы другого человека, в обоих случаях за участие в «игре» надо заплатить деньги).

6. Позиционирование специалистов зачастую противоречиво. Эклектично перечисляя все свои профессиональные «регалии», часто не имеющие отношения к психологии (сертификаты из области Human Resources, изучение / увлечение духовными практиками), личностные достижения (через индикацию своего замужнего! статуса и наличия детей), членство во многих профессиональных ассоциациях и обществах (Российское психологическое общество, профессиональная психотерапевтическая лига, российское психоаналитическое общество), участие в популярных (не научных) ТВ-шоу и наличие работ, напечатанных в (не профессиональных) популярных «гламурных» журналах (Cosmopolitan, Marie Claire, Glamour) специалист повышает тем самым свою «цену» и «ценность», а также показывает свою «исключительность» будто говоря, что, обратившись к нему, не слишком осведомленный адресат психологической помощи тоже становится особым и исключительным.

7. Большинство психологических услуг и тренингов адресованы женщинам (имеется индикация- тренинг для женщин) и затрагивают темы одиночества, низкой самооценки, неуверенности в себе, бессмысленности /осмысленности жизни, депрессии, успешной карьеры, любви, благополучных отношений с противоположным полом, встречи и расставания, пред- и постразводных ситуаций, зависимостей (алко-, нарко-, пищевых, любовных), власти. Наиболее распространенными названиями тренингов являются: Языки любви, Мужчина в моей жизни, Мой муж- зависимый, Быть счастливой- модно, Полюби себя, Суперлюбовница, Мир женщины, Искусство расставания, Пространство реализации, др.

Актуальность психотерапии в культуре современного общества

Иванова Алевтина Вадимовна

аспирантка

Ставропольский государственный университет, Ставрополь, Россия

E-mail: ialevtv@yandex.ru

Душа человека является предметом изучения многих наук уже не один век, но не менее важным в последнее время становится вопрос исследования и анализа «врачевания души», восстановления душевной гармонии. Именно поэтому сейчас в нашей стране и за рубежом развивается психотерапия, выходя за рамки врачебной специальности и становясь феноменом целой культуры.

Бесспорным является факт постоянно возрастающей потребности в психотерапии миллионов наших современников. Как заметил В. Франкл, "у каждого времени свои неврозы — и каждому времени требуется своя психотерапия". В конце XX столетия в человеческом обществе наблюдаются две противоположные тенденции. С одной стороны, происходит лавинообразный рост научного знания, приобретающего первостепенное значение буквально во всех сферах жизни людей. С другой — все большее распространение в массовом сознании получают идеи, косвенно или непосредственно связанные с астрологией, парапсихологией, спиритизмом, неофициальным врачеванием, всевозможными верованиями светского и религиозного характера, то есть идеи, которые часто воспринимаются как не совместимые с наукой и, находящиеся где-то на грани с магией, колдовством и мистицизмом.

Зарубежные авторы А. Притц и Х. Тойфельхарт дают такое определение: «Термин «психотерапия» происходит от древнегреческого языка и означает «забота о жизни, душе и настроении», уже по изначальному значению говорит о том, что ограничение психотерапии сферой лишь лечения болезней никак не оправдано».

По А. Фильцу, психотерапия представляет собой специфический подход, который состоит в служении интересам оздоровления духа. И если психология занимается нормальной душевной жизнью, а психиатрия нарушенной душевной жизнью, то объектом психотерапии является совокупная душевная жизнь.

Психотерапия – это еще и процесс психологического упорядочения прошлого, настоящего и будущего, достижение поставленной цели – гармонии с собой и миром в настоящем. Гармония с собой и миром в настоящем может быть получена в случае полной самоактуализации, позитивной самореализации, достижения аутентичности, подлинной человечности.

Цели психотерапии: с одной стороны, при помощи слова и человеческого отношения позитивно повлиять на переживания и поведение человека, воспринимаемые им как болезненные и ненормальные, а с другой стороны, понять субъективный мир переживаний человека, заключить историю его болезни в рамки, поддающиеся индивидуальному познанию.

Предметный участок психотерапии обращен к внутреннему субъективному миру людей, принципиально ускользающему от присущих естественным наукам методов исследования и обобщения. Это уже не сугубо научное дело, а процесс установления ценностей. То есть научно-политический и культурный феномен.

Контекстом психотерапии, определяющим не только ее внешние цели, но и сокровенные механизмы воздействия, не служит узкая область отдельного психотерапевтического направления или врачебной специализации. Психотерапия является Феноменом, принадлежащим целой культуре, отважной попыткой целостного постижения и решения проблемы человека не "благодаря", а "вопреки", не благодаря

избытку жизненных сил, а вопреки их недостатку, не благодаря расцвету, а вопреки упадку, болезни, ограничению возможностей, смерти. Это парадоксально, но возможно именно поэтому психотерапия подчас имеет высокие шансы на обнаружение потаенного смысла, открытие подлинной реальности, подлинной духовности.

Психотерапевтическое познание всегда субъективно и никогда не объективно. Оно становится по-настоящему понятным только в общем контексте пространства, времени и конкретной личности.

Нельзя не отметить, что одним из главных средств воздействия в психотерапии является слово, согласно первым представлениям, именно слово лежит в основе психотерапии. Общение психотерапевта с пациентом всегда происходит в пространстве культурно соотнесенных значений. Терапевт помогает человеку изменить взгляд на мир, на жизненную ситуацию, на жизнь в целом. Изменив отношение к реальности, человек сможет воспринимать ее и жить в этом мире по-новому.

При этом подлинная психотерапия имеет человеческое измерение и всегда ориентирована на конкретного человека, на индивидуальность, на личность. Психотерапевт помогает человеку создать свое собственное жизненное пространство во вселенной культуры, реализовать свои возможности, стать самим собой.

В связи с вышесказанным, нельзя не отметить, что в современном обществе стремительно растет потребность в качественной и квалифицированной психологической помощи человеку.

Литература

1. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. – 2е изд., М.: Академический проект, 2000. – 432 с.
2. Притц А. Психотерапия – новая наука о человеке, М. «Академический проект», 1999. – 397 стр.
3. Стехликова Д. А. Психотерапия в зеркале культуры Независимый психиатрический журнал, 1999, №2
4. Фромм Э. Здоровое общество. Душа человека. – М.: АСТ МОСКВА: ХРАНИТЕЛЬ, 2007, 602 с. – (Золотой фонд мировой классики. Философия. Психология. История).

Музыка как средство совладания с негативными эмоциональными состояниями

Клят Татьяна Олеговна

студентка

Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

E-mail: tanyaklyat@mail.ru

Одной из областей применения музыки в терапевтической практике является совладание с трудными жизненными ситуациями, которые зачастую сопровождаются переживанием негативных эмоциональных состояний. Целью исследования является изучение влияния стратегии совладания на выбор музыкального произведения в эмоциональных состояниях печали и гнева. Исследование строилось в соответствии с выдвинутыми нами предположениями о том, что музыка является одним из средств совладания с негативной ситуацией, и выбор музыкального произведения зависит от копинг-стратегии.

В исследовании использовался метод интервьюирования. Было опрошено 20 человек - студентов 3 курса психологического факультета МГУ им. Ломоносова 18 - 23 лет. Испытуемым предлагалось ответить на вопросы, направленные на выявление

музыкальных предпочтений в состоянии печали и гнева, а также на обнаружение причин, обуславливающих тот или иной выбор.

Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что для состояний гнева и печали музыкальные предпочтения респондентов можно условно разделить на 2 группы: произведения, выбранные по контрасту с эмоциональным состоянием, и произведения, выбранные по сходству и созвучию с эмоциональным состоянием.

В результате анализа ответов респондентов были выделены общие для состояния гнева и печали причины выбора определенных музыкальных произведений: стремление нормализовать свое эмоциональное состояние, желание переключиться или отвлечься от проблемы, поиск решения проблемы, который сопровождается музыкой, используемой как фон.

Респонденты также называли причины, которые характерны либо только для состояния гнева (стремление выплеснуть эмоции, разрядить накопившееся эмоциональное напряжение), либо только для состояния печали (оценка данного эмоционального состояния как позитивного и нежелание от него избавляться; необходимость рефлексии, настраиваться на которую помогает музыка; попытка переоценки и правильной интерпретации ситуации, намеренье посмотреть на ситуацию с другой стороны; возможность эмоциональной поддержки, ухода от одиночества в своем переживании, поиск схожего состояния в музыке).

При сравнении субъективных объяснений выбора с копинг-стратегиями оказалось, что причины выбора содержательно совпадают со стратегиями совладания, выделенными Лазарусом. Так, стремление нормализовать свое эмоциональное состояние соотносится со стратегией самоконтроля, желание отвлечься от проблемы соотносится со стратегиями дистанцирования и избегания, поиск решения проблемы – со стратегией планового решения проблемы, стремление выплеснуть эмоции – со стратегией противостоящего поведения, необходимость рефлексии – со стратегией принятия ответственности, попытка переоценки и правильной интерпретации ситуации – со стратегией позитивной переоценки, возможность эмоциональной поддержки и поиск схожего состояния в музыке – со стратегией поиска социальной поддержки. Такое совпадение дает основание рассматривать обращение к музыке как разновидность совладающего поведения.

Не все респонденты предпочитают слушать музыку в состояниях печали и гнева. Причинами отказа стали диссонанс между данным эмоциональным состоянием и любым музыкальным произведением; восприятие музыки как помехи для решения проблемы, ее адекватной оценки и интерпретации, нормализации состояния и рефлексии; быстрая смена настроения, при которой не требуются дополнительных средств совладания с негативным эмоциональным состоянием. Следовательно, музыка не всеми используется как средство совладания.

Итак, данное исследование позволило обнаружить индивидуальные различия в выборе музыкальных произведений в состояниях печали и гнева. Обнаружена обусловленность выбора музыкального произведения в состояниях гнева и печали используемой копинг-стратегией. Найдены различия в использовании стратегий совладания в состояниях печали и гнева. Таким образом, музыка может рассматриваться как одно из средств совладания с негативными эмоциональными состояниями.

Литература

1. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. – М., 1999.
2. Выготский Л.С. Психология искусства. – М.: Искусство, 1986.
3. К. Муздыбаев. Стратегия совладания с жизненными трудностями. Теоретический анализ// Журнал социологии и социальной антропологии, т. I, вып.2, 1998.

4. Леонова А.Б, Кузнецова А.С. Психопрофилактика неблагоприятных функциональных состояний человека: учебное пособие. – М.: Издательство Московского Университета, 1987.
5. Теплов Б.М. Психология музыкальных способностей.// Избранные труды в 3-х т. Т. 1. – М.: Педагогика, 1985.

Танцевально-двигательная терапия и возможности ее использования в коррекционно-профилактической работе с людьми с нарушениями зрения

Козлова Яна Вадимовна

студентка

Нижегородский государственный университет им. Н. И. Лобачевского, Нижний Новгород, Россия

E-mail: une_pluie@rambler.ru

Танцевально-двигательная терапия (ТДТ) является областью психотерапии, в которой эмоциональные, душевные и физические проблемы разрешаются путем использования произвольных и хореографических движений. Любое человеческое переживание ведет за собой напряжение определенных групп мышц. Невыраженные эмоции "застревают" внутри человека и образуют эмоциональные и мышечные блоки, так называемый панцирь. Танец помогает освободиться от зажимов и выразить накопившиеся эмоции. На занятиях танцевальной терапией важно не то, как человек двигается, а то, что он ощущает и чувствует. Таким образом, танцевальная терапия предназначена для разрешения различных проблем: общение, снятие мышечного напряжения путем ритмичных движений, повышение самооценки, уверенности в себе, познание собственного тела[1].

Танцевальная терапия применяется в работе с разными категориями людей: как со взрослыми, так и с детьми, как с относительно здоровыми (физически и/или психически) людьми, так и с больными шизофренией, аутизмом, астмой, с нарушениями опорно-двигательного аппарата и с другими заболеваниями.

Наряду с данными направлениями, ТДТ используется также и в работе со слепыми и слабовидящими людьми. Нам данное направление представляется особенно важным в связи со следующими особенностями развития людей с нарушениями зрения:

- 1) нарушенная ориентировка в пространстве в связи с невозможностью/затруднениями использования визуального канала информации. В связи с этим у людей с нарушениями зрения зачастую формируется страх разных форм физической активности;
- 2) бедность используемого диапазона движений, слабо развитая моторика (причины те же), плохое владение собственным телом (скорее даже, незнание возможностей его применения);
- 3) нарушения в эмоционально-личностной сфере, чаще всего – в виде неприятия себя.

Гипотезой нашего исследования является предположение о возможности профилактики и коррекции описанных нарушений развития людей с нарушениями зрения при помощи танцевальной терапии. В связи с этим, целью исследования является очертить возможности и перспективы применения ТДТ в работе со слепыми и слабовидящими людьми путем отслеживания изменений в описанных выше областях их психики и поведения.

Данная задача будет нами решаться в процессе ряда танцевально-терапевтических сессий (групповых) с людьми с нарушениями зрения (на базе регионального отделения

Всероссийского Общества Слепых). На данный момент уже проведено вводное двухчасовое занятие, в ходе которого решались следующие задачи:

- 1) познакомить участников с ТДТ;
- 2) показать наличие у людей с нарушениями зрения потребности в развитии собственной моторной сферы (освоение собственного тела, расширение диапазона движений, освоение пространства);
- 3) определить перспективы применения ТДТ в сфере психомоторного развития слепых и слабовидящих людей.

В сессии приняло участие 10 человек в возрасте от 24 до 51, среди них 8 женщин и 2 мужчин. Ведущей сессии была практикующий танцетерапевт Е. Проруже, автор выступала в качестве ассистентки.

В связи с первичным характером занятия нами были использованы 2 метода исследования: включенное наблюдение и анкетирование (по окончании сессии). В ходе наблюдения в целом были выявлены описанные выше особенности данной категории людей, а именно – страх движений, бедность моторики (с разной степенью индивидуальной выраженности). Страх освоения пространства проявился, несмотря на то, что сессия проходила в хорошо знакомом участникам помещении.

Анкета, предложенная участникам по окончании занятия, включала вопросы, касающиеся впечатлений от занятия, а также желания принимать участие в таких сессиях в дальнейшем.

Все участники отметили, что занятие им понравилось, поскольку позволило им «ощутить раскованность, свободу», «исчезла боязнь пространства и чужих прикосновений». На вопрос, изменилось ли их состояние, самочувствие по окончании занятия, все без исключения участники ответили положительно. Вот комментарии некоторых участников: «Я стала более сосредоточена на своих телесных ощущениях» (Ирина, 42 г.), «Стала лучше чувствовать свое тело, все его части, появилось много энергии, ушло плохое настроение» (Юлия, 27 л.), «Я стал более спокойным, нашел выход энергии» (Слава, 24 г.).

Далее, все участники изъявили желание принимать участие в таких сессиях в дальнейшем: «Да, очень хотелось бы. Понравилось, это необычно. Это плюс к здоровью (движение), растормаживается тело, позитивная энергия» (Юлия, 27 л.), «Да, так как есть проблемы с пластикой и контактом с партнером» (Елена, 51 г.). Отвечая на вопрос о желании пройти индивидуальную терапию, трое участников ответили отрицательно.

Таким образом, проведенная сессия показала, что люди с нарушениями зрения действительно испытывают потребность в развитии собственной моторной сферы и ТДТ может быть методом ее развития. В связи с этим нами планируется проведение регулярных танцевально-двигательных терапевтических сессий с участниками вводного занятия, в ходе которых будет осуществляться отслеживание изменений в их эмоциональной и моторной сферах.

Литература:

1. Грэнлюнд Э., Оганесян Н. Ю. Танцевальная терапия. Теория, методика, практика. – СПб.: Речь, 2004.
2. Журнал практического психолога. Специальный выпуск: Танцевально-двигательная терапия, №3, 2005. Москва.
3. Козлов В.В., Гиршон А.Е., Веремеенко Н.И. «Интегративная танцевально-двигательная терапия». М., 2005.
4. Лабунская В.А., Шкурко Т.А. Развитие личности методом танцевально-экспрессивного тренинга // Психологический журнал. 1999. Т.20. №1. С.31-38.

Особенности телесных (психосоматических) манифестаций в клинике пограничных личностных расстройств.

Коришнова Алина Рашитовна¹

молодой ученый

ГКБ №33 имени профессора А.А. Остроумова, Москва, Россия

E-mail: bashirova@yandex.ru

Изучение психосоматических проявлений при тяжелых формах патологии личности имеет междисциплинарный характер и находится на пересечении интересов, как психосоматических дисциплин, так и теорий нарушений личности. В психосоматике накоплено значительное количество данных об особой организации телесного опыта у психосоматических больных, в частности диффузности телесных и эмоциональных переживаний, ведущей к путанице между эмоциональными и телесными компонентами, феномене алекситимии, нарушении процессов вербализации и означивания телесных процессов, о ведущих типах внутриличностного конфликта (Арина Г.А., 1993, Тхостов А.Ш., 1993 и др.). Такие нарушения рассматриваются как формирующиеся в ходе особых условий развития, социализации, в том числе как связанные со специфической внутрисемейной структурой пациента, в которой телесность играет ведущую роль в построении межличностной коммуникации.

В клинике пограничных личностных расстройств телесные манифестации редко являются предметом отдельных, специализированных исследований. Вместе с тем, имеющиеся в настоящее время экспериментальные и клинические данные указывают на значительную заинтересованность базального телесного уровня функционирования в целостном синдроме нарушений личностной организации. В частности в рамках исследований самоидентичности показано значительное влияние ее нарушений на образ своего тела, отношение к естественным телесным и физиологическим процессам, например пищевому, сексуальному поведению (2,5, Ф.Лэонтиу, 1999). Интересными представляются факты взаимосвязи нарушений саморегуляции, а именно преобладания примитивных форм защитных механизмов, характерных для ПЛР, с неспособностью рациональной когнитивной переработки интенсивных аффективных состояний (4). Дефицит способности к рефлексии, осознанию, вербализации и контролю своих чувств, в том числе и связанных с травматическим опытом, дефицит их символических форм опосредования, обуславливает преобладание именно телесных компонентов аффектов над их осознанными репрезентантами. Показана связь нарушений в сфере межличностных отношений с наиболее примитивными формами установления привязанности, на основе тактильного контакта, телесного опыта (2). При этом ситуации утраты, разрыва отношений привязанности часто актуализируют наиболее примитивные формы отреагирования, среди которых немаловажное место занимают неспецифические психосоматические реакции, соматизирование депрессивного аффекта, ипохондрическое развитие личности. Крайней формой нарушения межличностных отношений выступают различные формы эмоционального, физического и сексуального насилия, для последних из которых характерен травматический болезненный телесный опыт (5). Сопровождающие последствия насилия телесные манифестации оказываются, с одной стороны, своеобразной «телесной» памятью, единственно доступным способом переработать и «донести» до других значимые переживания. С другой стороны они выступают отражением нарушений всей системы взаимодействия человека с его окружением, являются тесно включенными в общий синдром нарушений личности.

¹ Автор выражает благодарность в подготовке тезисов профессору кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ Соколовой Елене Теодоровне.

Проведенное нами исследование суицидального поведения также позволяет отметить особую роль телесных переживаний при ПЛР. Неосознаваемые представления о своем теле, отношении к телесным потребностям и проявлениям, а также особенности телесных переживаний при суициде (например, нечувствительность к физической боли, игнорирование телесных потребностей, стремление телесной болью заместить эмоциональную) оказываются связанными с трудностями дифференциации, осознания и контроля комплекса спутанных аффектов разрушающей ненависти, невыраженной любви и невыносимой боли ее невосполнимой утраты. При этом телесные формы разрядки эмоционального напряжения, в том числе через причинение себе боли, аутодеструктивное поведение, оказываются единственно доступными формами выражения и регуляции данных состояний (2,4). Таким образом, накопленный опыт исследований пограничных личностных расстройств, позволяет рассматривать телесные манифестации и весь комплекс телесного опыта, включающего в себя как представления о своем теле, так и специфические телесные, психосоматические симптомы, в виде входящего в единый синдром нарушений личностной организации. Центральным обуславливающим фактором при этом выступает аффективно-когнитивный стиль личности, ключевыми параметрами которого являются степень когнитивной дифференцированности и зависимости - автономии (1).

Необходимость интеграции полученных знаний как собственно психосоматических, так и личностно-ориентированных исследований возрастает в случаях столкновения с пациентами, имеющими жалобы на выраженные и эмоционально-личностные нарушения, и сопровождающие их соматические функциональные изменения (например, психосоматические жалобы оказываются равнозначными, «одними из» жалоб на неуверенность в себе, эмоциональные нарушения, нарушения общения и т.д.). Данные пациенты в зависимости от вида получаемой помощи (соматической, психиатрической и психологической) описываются с помощью различных нозологических категорий (например, как тревожно-депрессивное расстройство, соматизированная депрессия, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы). При этом широкий круг вегетативных, телесных нарушений тесно связан с типом личностной организации, особенностями самоидентичности, саморегуляции, опытом межличностного взаимодействия, выполняет как интерперсональные, так и интрапсихические функции. Анализ подобных нарушений остро ставит проблему коморбидности расстройств личности другим типам психической патологии, обуславливает необходимость решения практических задач дифференциации и учета как механизмов симптомобразования, генеза отдельных психосоматических проявлений, так и оценки всех нарушений личности. Подобная дифференциальная диагностика имеет большое значение в планировании и оценке эффективности психотерапевтической работы. Интересным представляется и теоретический ракурс исследования нарушений телесных манифестаций в клинике пограничных личностных расстройств, затрагивающий с одной стороны проблему общих, неспецифических факторов, обуславливающих развитие личностных нарушений, а с другой стороны - проблему специфических механизмов телесных (психосоматических) нарушений.

Литература

1. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., Аргус, 1995 г.
2. Соколова Е.Т., Коршунова А.Р. Аффективно-когнитивный стиль репрезентации отношений Я-Другой у лиц с суицидальным поведением. Вестник МГУ. Серия 14 Психология, 2007, №4

3. Дорожевец А.Н., Соколова Е.Т. Исследование образа физического Я: некоторые результаты и размышления. В сб.: Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1993, с.71-74
4. Соколова Е. Т., Сотникова Ю. А. Связь психологических механизмов защиты с аффективно-когнитивным стилем личности у пациентов с повторными суицидальными попытками / Вестник МГУ. Серия 14 Психология, 2006, №2.
5. Соколова Е.Т., Ильина С.В. Роль эмоционального опыта жертв насилия для самоидентичности женщин, занимающихся проституцией // Психол. журн. 2000. Т. 21. № 5. С. 70–81.

Теоретический анализ феномена психотерапевтического влияния в теории и практике гештальт-терапии

Лидерс Марина Александровна

аспирантка

Московский городской психолого-педагогический университет, Москва, Россия

E-mail: may_32@mail.ru

В своей практике психотерапевт часто встречает запросы клиентов: повлиять на клиента и его жизнь, то есть изменить в желаемую сторону его самого либо события его жизни. Запросы эти нередко сталкивают терапевта с дилеммой, на что он может повлиять, а что не в его силах. На что стоит влиять и каким образом. Когда, в какой момент это влияние будет наиболее своевременным. Это вопросы, которые решаются не только в ходе супервизии, но и являются актуальным предметом теоретической и методологической рефлексии терапевтической позиции относительно возможностей, ограничений, специфики влияния терапевта в его практике.

Под терапевтическим влиянием в самом широком смысле понимается влияние качества, способа присутствия терапевта на изменение мыслей, чувств, поведения клиента. А также - в гештальт-терапии, терапии отношениями, - на изменения отношений клиента и терапевта, особенности и события этих отношений. Следует уточнить, что в данном случае качество присутствия включает и отсутствие, так же как изменение – неизменность. В зависимости от предпочитаемой парадигмы, терапевтическое изменение может рассматриваться либо в классической логике причинного детерминизма как предопределённое причиной – терапевтом. Либо в рамках неклассических концепций самоорганизации и синхронистичности, развиваемых теоретиками гештальт-терапии в теории поля (П.Гудман, Ж.М.Рабин), как эмерджентное свойство самоорганизующейся системы, которое непредсказуемо случается и никогда невозможно его полностью объяснить. Соответственно, можно понимать влияние как изменение (клиента или клиент-терапевтических отношений) вследствие намеренного усилия терапевта (непосредственного воздействия и косвенного, например, через задание сеттинга) или как артефакт любого проявления терапевта, то есть, что бы терапевт ни делал, он неизбежно оказывает влияние, и оно не всегда согласуется с его целью. С другой стороны, ошибки терапевта, незнание, что делать в следующий момент, некоторая небрежность, делающие терапевтический процесс творческой импровизацией, могут привести процесс к моменту рождения эмерджентного свойства - принципиального изменения, имеющего большой терапевтический эффект (Д.Стерн).

Далее будут рассмотрены некоторые аспекты феноменологии терапевтического влияния, важные в теории и практике гештальт-терапии.

Работа гештальт-терапевта процесс-ориентирована. Не смотря на то, что контракт терапевта с клиентом включает описание результата терапии, имеющего отношение к запросу клиента, терапевт работает не непосредственно на результат клиента, а с

происходящим в ходе сессии процессом. Посвящён ли этот процесс так называемой «внутренней феноменологии» клиента, то есть его представлениям, переживаниям, действиям, связанным с событиями его жизни, либо работе «на границе контакта» с сиюминутными отношениями терапевта и клиента, область внимания и влияния терапевта - что происходит в этот момент и как именно это происходит. При этом терапевт не знает, каков будет результат происходящей работы и не может гарантировать того или иного конкретного изменения клиента или ситуации. Таким образом, терапевт осознанно оказывает влияние на клиента и события сессии, имея представление о цели и средствах своего терапевтического воздействия, но не зная, каков будет конкретный результат. Ожидая, что, может быть, случится изменение. Прогнозируя его с той или иной вероятностью. Если же терапевт очень хорошо знает, что или кого он «хочет сделать из своего клиента», клиент становится объектом, средством достижения терапевтом необходимого ему результата, нарциссическим проектом терапевта. Что противоречит принципиальному для гештальт-терапии уважению терапевта к праву клиента по-своему прожить свою жизнь, даже если способы жизни клиента идут вразрез с его собственными желаниями или представлениями лично терапевта либо гештальт-терапевтической теории о том, как хорошо (творческое приспособление) или плохо (невроз) жить (Ф.Перлз). Таким образом, одна из основ гештальт-терапевтической антропологии – вера в возможность саморегуляции – оказывается принципиальным ограничением возможности влияния терапевта на клиента.

Непосредственно в ходе сессии влияние терапевта может осуществляться по-разному. Потребность терапевта влиять на происходящее реализуется в его контроле. Избыточный контроль, то есть избыточная попытка влиять, препятствует здоровой саморегуляции. Если терапевт выбирает стратегию директивного влияния, это оказывается неадекватно ситуации и терапевт работает уже не с клиентом, а со своими фантазиями о нём, теоретическими представлениями, иллюзиями. Это проявляется в употреблении воли и контроля для достижения статуса кво, ограничении свободы, потере реального контроля и конструировании правил, норм, создающих видимость ограничения пугающего поведения клиента. Альтернативой такой директивной модели влияния на происходящее в сессии является признание терапевтом того, что реально уже происходит в сессии, выявление существующих фигур и следование за ними, а не искусственное их создание. Влияние в этом случае осуществляется через поддержание процесса, поддержку возбуждения и фрустрацию избегания. Терапевт не слишком знает, чего он хочет получить, и приходит к изменению парадоксальным образом, поддерживая существующее. Обозначенные терапевтические позиции и соответствующие им способы влияния можно описать через метафоры: в первом случае - монарха в своём государстве и во втором - спикера в парламенте.

Постмодернистская парадигма в гештальт-терапии, развиваемая в теории поля, размывает представления о влиянии терапевта. Происходящее в сессии, действия, чувства и мысли терапевта и клиента рассматриваются как рождённые в ситуации и рождающие в свою очередь эту ситуацию. Задача терапевта в том, чтобы не противостоять этой ситуации. И интерпретировать события и изменения, исходя из ситуации, а не пребывать в иллюзии, что он, терапевт, - их причина. Поскольку даже его намерения и интервенции тоже рождены ситуацией.

Таким образом, гештальт-терапевт в своей практике сталкивается со сложностью, нелинейностью, ограниченностью возможности своего влияния в ходе сессии, что оказывается вызовом для творческого приспособления.

Литература

1. Рабин Ж.-М. Теория гештальт-терапии в развитии. М.: Изд-во Московского Гештальт Института, 2006.
2. Уиллер Г. Гештальт-терапия постмодерна. За пределами индивидуализма. М.: Смысл, 2005.

Особенности Анимы-Анимуса по половой принадлежности лиц с гомосексуальной ориентацией

Хусаинова Н.Ю., Лохматова А.С.

д.п.н; студент

Казанский государственный университет, Казань, Россия

E-mail: 89047621432@inbox.ru

Известно, что за последние 10 – 15 лет в России зафиксировано увеличение гомосексуальных личностей по сравнению с ранее стабильным числом гомосексуальной встречаемости мужчин (1 – 6 %) и женщин (1 – 4%). Существует несколько взглядов в понимании гомосексуального поведения. Как отмечает З. Фрейд, в связи с тем фактом, что впервые, гомосексуальное поведение обнаружили у нервнобольных или у лиц производивших такое впечатление, инверсия стала пониматься как врожденный признак нервной дегенерации. О. Кернберг, говоря о том, что биологические аспекты тесно переплетаются и взаимодействуют с психологическими факторами, указывает на то, что ощущение принадлежности к женскому или мужскому полу, определяется социальной средой, в которой воспитывается ребёнок до двух – четырёх лет, а не биологической природой. Рассматривая явление гомосексуальности, И. Кон обратил внимание на бисексуальную склонность индивида к сексуальным контактам с представителями обоих полов, ибо она является следствием незавершенности психосексуальной идентификации в рамках традиционной дихотомии гетеро- и гомосексуальности. Иной взгляд являют собой идеи К.Г. Юнга, который, ввиду признаваемой им частоты встречаемости гомосексуальности, считал сомнительным относить её к патологической перверсии. По его мнению, психологические данные показывают, что имеет место незавершенное отделение от гермафродитического архетипа вкупе с отчетливым сопротивлением отождествиться с ролью одностороннего сексуального бытия. Такая диспозиция не должна оцениваться отрицательно при всех обстоятельствах, поскольку она удерживает архетип первочеловека, односторонность сексуального бытия которого, до известной степени утрачена.

В тоже время с позиции глубинной психологии утверждается, что в обществе социальные явления образуются из-за активизации у людей нескольких архетипов. В этом контексте правомочно возникновение вопроса, не является ли рост гомосексуальных отношений побочным проявлением резко изменившихся социально – экономических, политических и иных процессов в РФ со времен перестройки, активизирующий специфический профиль молодёжи, приводящий к гомосексуальному поведению. Таким образом, вследствие изменения общественного взгляда на гомосексуальность и распространенность гомосексуальных контактов в последнее десятилетие, представляет безусловный научный интерес исследование архетипического профиля гомосексуалистов обоего пола, предметом которого является исследование архетипических особенностей гомосексуалов в зависимости от половой принадлежности, с целью выявления наличия специфического профиля нетрадиционной гомосексуальной ориентации. В этом контексте особенно интересно было исследовать гомосексуальность через анализ символики архетипа АНИМА – АНИМУС, который, как известно, фиксирует женственную сущность мужчины и мужскую персонификацию женщины.

В эксперименте приняло участие 30 молодых гомоориентированных женщин и 17 гомоориентированных мужчин. Им предъявлялся авторский (Н. Хусаинова, М. Герасимова) опросник, состоящий из вербализированных символов Анимы и Анимуса, описанных К.Г. Юнгом. Предлагалось отметить те символы, с которыми испытуемые встречались в своих сновидениях, фантазиях, обыденной жизни.

Сравнение частоты встречаемости символики Анимы – Анимуса отдельно в сновидениях, фантазиях и обыденной жизни обнаружило:

у женщин символы Анимуса встречаются

в обыденной жизни – 57,6 % ,

в фантазиях – 23,9%,

в сновидениях – 18,4 %;

символы архетипа Анимы встречаются

в обыденной жизни – 49,9 % ,

в фантазиях – 26,3%,

в сновидениях – 23,7%;

(т.е. у женщин суммарно частота встречаемости символики Анимы и Анимуса составляет по 99,9%, при преобладании активизированности Анимуса над Анимой в обыденной жизни и наоборот тенденции преобладания Анимы над Анимусом в фантазиях и сновидениях)

у мужчин символы архетипа Анимуса проявляются:

в обыденной жизни – 54,6%,

в фантазиях – 22,9%,

в сновидениях – 22,4 %;

символы архетипа Анимы составляют:

в обыденной жизни – 54,6%,

в фантазиях – 20,9%,

в сновидениях – 24,9%;

(т.е. у мужчин суммарно частота встречаемости символики Анимы и Анимуса также составляет по 99,9%, при практическом равенстве активизированности Анимуса и Анимы в обыденной жизни, совпадение частоты встречаемости Анимуса в фантазиях и сновидениях, тенденции к преобладанию частоты встречаемости символики Анимы в сновидениях над фантазиями)

Иначе говоря, констатирующий эксперимент обнаружил гендерные различия молодых гомосексуалистов по частоте встречаемости символов активизированного архетипа Анима – Анимус в зависимости от области их психической реальности.

Наряду с этим, был выявлен иерархический набор символов Анимуса – Анима встречающихся в сновидениях, в фантазиях, обыденной жизни гомоориентированных мужчин и женщин. Специфика избираемости символов исследуемого архетипа Анимус - Анима показывает не только их количественное различие, но и символы общие и для женщин, и для мужчин; а также имеются сугубо женские и сугубо мужские символы.

Таким образом, эксперимент обнаружил наличие различия в структуре и иерархии архетипического профиля у женщин и у мужчин с гомосексуальной ориентацией. Данный факт, фиксируя безусловную архетипическую специфику молодых гомосексуальных мужчин и женщин, требует не только дополнительных глубинных исследований их личности, но и предполагает различный подход в их психотерапии, когда они в этом нуждаются.

Литература

1. Белкин А. Третий пол / А. Белкин. – М; изд-во «Олимп», 2000 – 432с.
2. Зеленский В. Базовый курс аналитической психологии / В. Зеленский. – М; изд-во «Когито-Центр», 2005 – 256с.

3. Кернберг О. Отношения любви: норма и патология / О. Кернберг. – М; изд-во «Независимая фирма «Класс», 2006 – 256с.
4. Кон И.С. Введение в сексологию / И.С. Кон. – М; изд-во «Медицина», 1989 – 336с.
5. Фрейд З. Сексуальная жизнь / З.Фрейд.- М; изд-во ООО «Фирма СТД», 2006 – 311с
6. Юнг К.Г. Психика: Структура и динамика / К.Г. Юнг. – М, «Издательство АСТ», 2005 – 416 с.

Диагностические возможности метода символдрамы в работе с лицами БОМЖ

Махалина Ольга Владимировна

молодой ученый

Волгоградская академия государственной службы, Волгоград, Россия

E-mail: solo2203@mail.ru

Введение

Позиция государства в настоящее время в области социальной защиты населения предусматривает среди учреждений социального обслуживания существование центров помощи лицам без определенного места жительства и занятий.

«Бомжи» — это фактически аббревиатура определения человека «без определенного места жительства».

В рамках исследования рассматривается вопрос о возможностях работы специалиста-психолога с данной социальной категорией. Для понимания того, какое содержание должна иметь деятельность психолога в работе с людьми без определенного места жительства, какие методы и техники будут наиболее оптимальны во взаимодействии с ними необходимо понять, что стало причиной нахождения для каждого из них в данной социальной группе. Нам представляется возможным сделать это, как можно более полно исследовав прошлое этих людей. Предположительно для лиц без определенного места жительства типичной психологической защитой является реакция избегания, причиной пребывания людей в группе лиц без определенного места жительства является генерализация реакции избегания как способа защиты от психологической травмы, полученной в детстве. Основной целью данной работы явилось исследование архетипичных ресурсных образов у лиц без определенного места жительства.

Методы

Многие психологические направления видят первопричины каких-либо жизненных затруднений зрелого человека в его детстве. Одним из таких основополагающих течений является психоанализ. В теории психоанализа содержатся положения о том, что некие «сбои» социально-психологического развития, переживаемые в детстве, несут свои отголоски в зрелости человека. Эти отголоски могут проявляться на различных уровнях: телесном, психическом, социальном.

Одним из видов реакций на жизненные трудности являются психологические защиты. Психологическая защита – это своего рода механизм реагирования на какую-то жизненную ситуацию, способ совладения или несовладения с ней. Таким образом, психологическая защита предназначена для того, чтобы не допустить вмешательство полученных в детстве психологических травм, вытесненных из сознания ребенка, которые хранятся в бессознательном человека на протяжении долгого времени, в сознание уже зрелого человека.

Этот взгляд присущ классическому психоанализу, основоположником которого был З. Фрейд. Существуют несколько иные точки зрения на природу проникновения

вытесненного, не переработанного материала в бессознательную психику человека. К таким мнениям можно отнести мнение К.Г.Юнга, который считал, что не существует индивидуально приобретенных нарушений социально-психологического развития. В его теории существует понятие «коллективного бессознательного», наполненного различными формами, переданными нам далекими предками. В бессознательной психике каждого человека имеются такие формы, структуру которых составляют архетипы. Преобладание какого-то из них определяет жизнедеятельность человека. Следовательно, определив, какие архетипы преобладают у человека, можно определить и суть его реальности.

Одним из методов диагностики архетипических образов у лиц без определенного места жительства стал метод символдрамы, разработанный Ханскарлом Лейнером.

Символдрама (кататимно-имагинативная психотерапия, кататимное переживание образов, или метод «сновидений наяву») – это одно из направлений психотерапии, базирующееся на принципах глубинной психологии, в котором используется особый метод работы с воображением, для того чтобы сделать наглядными бессознательные желания человека, его фантазии, конфликты и механизмы защиты, а также отношения переноса и сопротивления. Символдрама способствует их переработке как на символическом уровне, так и в ходе психотерапевтической беседы.

Результаты

Исследование архетипических образов у лиц без определенного места жительства и рода занятия было проведено среди людей, не имеющих постоянного места жилья.

Экспериментальную выборку составили мужчины и женщины, временно проживающие на базе государственного учреждения социального обслуживания населения «Кировский комплексный центр социальной помощи лицам без определенного места жительства», в количестве 30 человек.

Данное исследование проводилось в марте-апреле 2007 года, на момент проведения исследования число проживающих в Центре составляло 40 человек, 10 из которых не имели функциональных возможностей участия в исследовании. Небольшое число испытуемых объясняется спецификой данной социальной группы.

Использование символдрамы как метода диагностики позволило определить, что основную массу обследуемых составляют люди, пассивно относящиеся к жизни, у которых отсутствуют какие-либо притязания, не склонные к самоанализу, имеющие неадекватно завышенную самооценку и трудности в эмоциональной сфере. Среди эмоциональных переживаний у этих людей наиболее часто встречаются: тревога, страх, агрессивность. Это люди, находящиеся в состоянии социальной фрустрированности, в постоянном ожидании опасности. Большинству испытуемых, составляющих выборку исследования, необходима эмоциональная поддержка и психотерапевтическая помощь.

В исследовании было установлено, что у лиц без определенного места жительства преобладает архетип Анимы. Это может свидетельствовать о шаткости жизненной позиции у этих людей, наличии трудностей в решении жизненных задач, слабости эмоциональных и психических переживаний.

Культурное содержание этого архетипа обуславливает слабость духовного развития, незрелость социальных суждений, преобладание иррациональности над рациональностью в построении своего жизненного пути. Анима – это проявление слабости, беспомощности, женского начала.

Было определено, что в жизни большинства испытуемых в период детства произошли травмирующие события, нанесшие им психологическую травму, которую люди переживают до сих пор. Избегание решения существующей проблемы, использование защитных механизмов психики (реакцию избегания), в социально-психологическом развитии этих людей происходит «сбой», что является причиной их социальных неудач.

Применение символдрамы в данном исследовании позволило решить ряд поставленных задач. Были обозначены диагностические и коррекционные возможности эффективного использования кататимно-имагинативной терапии в работе с «трудными» клиентами.

Литература

1. Обухов, Я.Л. Символдрама. Введение в основную ступень. – Ростов-на-Дону: ООО «Мини Тайп», 2005. - 120с.
2. Стариков, Е.Н. Маргиналы и маргинальность в советском обществе. // Рабочий класс и современный мир. – 1989. - №4. – с.56.
3. Фрейд, А. Психология Я и защитные механизмы. М.: Педагогика-пресс, 1993.
4. Фрейд, З. Психология бессознательного. М.: Просвещение, 1989.
5. Юнг, К.Г. Символ и архетип. М.: Renaissance, 1991.

Психодрама в психокоррекционной работе с подростками истероидной структуры психотипа

Медведева Евгения Юрьевна

молодой ученый

Ставропольский государственный университет, Ставрополь, Россия

E-mail: M-Jenifer@yandex.ru

Одним из методов психотерапевтической работы с группой акцентуантов истероидного психотипа нами был выбран метод психодрамы (основатель Якоб Леви Морено 1889-1974), представляющий собой драматическую игру, в ходе которой через вербализацию и непосредственные действия осуществляется выход конфликтов, переживаний, фантазий; данный метод помогает индивиду классифицировать собственные эмоциональные проявления, повышает гибкость.

Главными чертами истеротимиков являются беспредельный эгоцентризм, ненасытная жажда внимания к своей особе, восхищения, удивления, почитания, сочувствия. Все остальные особенности питаются этим. Лживость и фантазирование целиком служат приукрашению своей особы. Внешние проявления эмоциональности на деле оборачиваются отсутствием глубоких чувств при большой выразительности, театральности переживаний, склонности к рисовке и позерству (Н.Я. Иванов, А.Е. Личко, 1995).

Собчик Л.Н. подчеркивает, что «личностям этого круга как метод выбора подходит психодрама - метод, использующий разработанную психологом мизансцену самодеятельного драматургического сценария. В процессе сценического действия создается та сюжетная канва, которая способствует отреагированию большим его комплексов; или же больной оказывается в роли пассивного наблюдателя того, как его проблемы безболезненно и конструктивно решают другие «персонажи», то есть, другие участники психотерапевтического процесса».

Артистичные по своей натуре истероидные личности, отличающиеся эмоциональной лабильностью и художественным типом восприятия, а также сензитивные индивидуалисты (пассивные шизоиды) податливы тем видам психотерапевтического воздействия, которые при всем своем разнообразии можно объединить общим термином арттерапия.

Психодрама помогает участникам раскрыть глубинные эмоции в гораздо более яркой и действенной форме, чем это позволяют сделать другие методы, основанные на словесном описании переживания. Во время психодрамы происходит поиск эффективных путей решения психологических проблем разных уровней: от обыденного,

бытового до экзистенциального. Подросток с помощью ведущего и группы воспроизводит в драматическом действии значимые события своей жизни, разыгрывает сцены, имеющие отношения к его проблемам. Сцены разыгрываются таким образом, как если бы они происходили в данный момент. Действие структурируется так, чтобы способствовать прояснению и конкретизации проблемы. Анализируются новые роли, альтернативные, аффективные и поведенческие стили, осуществляются поиск и апробирование более конструктивных моделей решения проблемы. Действия, физические движения, на которых построена психодрама, повышают возможность использования такого важного источника познания себя и других, как сигналы невербального поведения.

В процессе групповой работы все участники выступают друг для друга в роли терапевтического агента.

Саморегуляция временной перспективы при депрессивных расстройствах

Плетнер Ксения Дмитриевна²

студентка

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия

E-mail: kpletner@gmail.com

В настоящее время особенно актуальными среди расстройств личности являются депрессивные состояния, как наиболее распространенный тип психической патологии и одна из основных причин обращения за психотерапевтической помощью. По результатам исследований ВОЗ к 2020 г. униполярная депрессия будет занимать второе место среди основных заболеваний, приводящих к инвалидности. В сложившейся ситуации возрастает необходимость в дальнейшем изучении расстройств депрессивного спектра, наиболее частотными среди которых являются расстройства пограничного уровня. Основными характеристиками пограничной организации личности являются диффузия идентичности, базирующаяся на фрагментарности образа «Я» и нестабильности его во времени, а также преобладание примитивных защитных механизмов в системе саморегуляции [2,3]. Нарушение временного единства «Я» подразумевает наличие трудностей как в овладении своим прошлым опытом, так и в построении планов на будущее, что сочетается со снижением эффективности саморегуляции в связи с актуализацией примитивных защитных механизмов. Все эти факты делают обоснованным проведение эмпирического исследования, целью которого является описание особенностей системы интрапсихической саморегуляции в ее темпоральном и защитном аспектах при депрессивных расстройствах.

В исследовании применялись следующие методики: 1) методика P.Zimbardo по временной перспективе (ZTPI) в адаптации Сырцовой А. [4]; 2) методика диагностики механизмов психологической защиты R.Plutchik и H.Kellerman (LSI), адаптированная Е.С.Романовой и Л.Р.Гребенниковым [1]; 3) методика А.Beck по оценке депрессии (BDI); 4) графические проективные методики (рисунок несуществующего животного и рисунок человека) с использованием при интерпретации шкалы Н.Marlens для оценки степени дифференцированности образа Я.

В исследовании приняло участие 50 человек (мужчины – 24 человека, женщины – 26 человек) в возрастном диапазоне от 35 до 55 лет. В экспериментальную группу вошли 34 пациента со следующими аффективными нарушениями: биполярное аффективное расстройство, текущий депрессивный эпизод (12%); депрессивный эпизод (32%);

² Автор выражает благодарность профессору, д.п.н. Соколовой Е.Т. за помощь в подготовке тезисов.

рекуррентное депрессивное расстройство (38%); хроническое расстройство настроения (циклотимия, дистимия) (18%). Усредненные показатели степени выраженности депрессивной симптоматики по данным BDI: 22 балла для экспериментальной группы, что соответствует выраженной депрессии (средней степени тяжести) и 9 баллов для группы сравнения (отсутствие депрессивной симптоматики). Низкие показатели дифференцированности репрезентаций образа Я по шкале Н. Marlens в экспериментальной группе по сравнению с нормой вместе с данными беседы дают основание для диагностирования синдрома диффузии идентичности.

В ходе анализа данных нами были выявлены следующие особенности системы саморегуляции при депрессивных расстройствах. В группе нормы в 4 раза чаще, чем в экспериментальной (63% и 15% случаев) встречается сбалансированная временная перспектива (данные ZTP1), которая является наиболее адаптивным вариантом темпоральной ориентации, позволяет осуществлять гибкое переключение между прошлым, настоящим и будущим в зависимости от условий деятельности. Напротив, дезинтеграция временной перспективы, фиксация на одном из времен характеризует неадаптивный вариант темпоральной организации, присущий подавляющему большинству испытуемых экспериментальной группы (85%).

Одним из характерных проявлений тоскливой депрессии является направленность временного вектора переживаний в прошлое, причем с акцентом на травмирующих, болезненных переживаниях. Это выражается в напряженности фактора «негативное прошлое», повышенные значения по которому при депрессии встречаются значимо чаще ($p < 0,01$; критерий Манна-Уитни), чем в норме (59% и 12,5%). Кроме того, в норме не наблюдается значимых понижений по фактору «позитивное прошлое», тогда как в экспериментальной группе это отмечается в 23,5% случаев. Такое строение временной перспективы отражает пессимистическое отношение пациентов с депрессивными расстройствами к своему прошлому, сожаление о допущенных ошибках, предполагает наличие недостаточно переработанного психотравмирующего опыта.

Трудности в осуществлении эффективной переработки негативного опыта могут быть связаны с особенностями функционирования системы саморегуляции при депрессии: ведущую роль здесь продолжают играть защитные механизмы, а побудительная сила ценностно-смысловых образований не достаточна. Установлено преобладающее использование таких примитивных защит как отрицание, вытеснение и регрессия (данные LSI). В экспериментальной группе значимо чаще ($p < 0,01$; критерий Манна-Уитни), чем в норме наблюдается повышение по механизму «регрессия» (68% и 12,5% случаев соответственно). Сущность регрессии заключается в тенденции к возвращению в условиях стресса к менее зрелым типам поведения, при котором использование простых поведенческих стереотипов обедняет потенциально возможный арсенал преодоления конфликтных ситуаций. Это, несомненно, связано с фиксацией на травмирующем опыте и с возникновением депрессивных состояний: описываемый защитный механизм обнаруживает кодинамику с фактором ZTP1 «негативное прошлое» (коэффициент корреляции Спирмена равен 0,5 при $p < 0,05$). Кроме того, у пациентов экспериментальной группы в два раза реже, чем в норме выявляются повышенные значения по механизму «интеллектуализация» (18% и 44% соответственно), который является полярным по отношению к регрессии и описывается как более зрелый, позволяющий, хотя и искаженным образом, устанавливать «умственный» контроль над эмоциями.

Функционирование системы саморегуляции при депрессии на недостаточно зрелом уровне отражается также в том, что в экспериментальной группе в 2 раза чаще, чем в норме наблюдается повышение по фактору «фаталистическое настоящее» (26% и 12,5% соответственно). Его содержание раскрывается в беспомощном и безнадежном отношении к своему настоящему и будущему. Такие люди отказываются принять на

себя ответственность за свою жизнь, что проявляется в апатии и астении, столь характерных проявлениях депрессивного синдрома.

Таким образом, нами был выявлен ряд особенностей темпоральных и защитных аспектов в структуре саморегуляции при депрессивных расстройствах. Также была показана взаимосвязь описанных особенностей с характерными проявлениями депрессивного синдрома. Анализ особенностей временной перспективы вносит существенный вклад в понимание работы системы саморегуляции, что может быть использовано в терапевтической работе с больными.

Литература

1. Романова Е.С., Гребенников Л.Р. Механизмы психологической защиты. Генезис. Функционирование. Диагностика. - Мытищи: Талант, 1996
2. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. Часть I. –М.: SvR-Аргус, 1995
3. Соколова Е. Т. Связь феномена диффузной гендерной идентичности с когнитивным стилем личности / Соколова Е. Т., Бурлакова Н. С., Лэонтиу Ф. // Вопросы психологии. - 2002. - N 3. - С. 41-51
4. Сырцова А. Психологическое время: апробация методики Зимбардо по временной перспективе. Дипломная работа. М., 2004.

Депрессия в молодёжной среде: своевременное выявление и профилактика

Силантьева Ольга Сергеевна

студентка

Самарский государственный экономический университет, Самара, Россия

E-mail: silelya@yandex.ru

Цель исследования – комплексное изучение депрессии как психического расстройства и разработка рекомендаций и методов управления стрессом в современном социуме.

В Самарском государственном экономическом университете было проведено исследование уровня депрессии студентов по методике Дж. Тейлора «Личностная шкала проявлений тревоги». В исследовании приняло участие 90 студентов СГЭУ в возрасте от 18 до 22 лет, среди которых 83% - лица женского пола, 17% - мужского. Проведенное исследование показало, что 57% всех респондентов выявили у себя высокую степень тревожности, что, в свою очередь, свидетельствует о низкой стрессоустойчивости и легкой подверженности депрессивному состоянию. Проявления депрессии могут быть различными. Депрессивное настроение может проявляться как угнетенностью, подавленностью и апатией, так и повышенной раздражительностью, плаксивостью, тревогой, чувством внутреннего напряжения. Изменение настроения обычно сопровождается снижением активности, чувством утраты энергии, повышенной утомляемостью, рассеянностью внимания.

В Самарском государственном экономическом университете разрабатывается программа по профилактике депрессивных состояний у студентов, которая включает выявление депрессивных состояний, а также разработку методик по управлению стрессом. В университете создана Школа практической психологии, на занятиях которой проводится адаптация первокурсников, а также рассматриваются актуальные психологические проблемы. Помимо этого в учебном курсе университета введены практические занятия «Стресс и его профилактика», на которых студенты самостоятельно разрабатывают собственную программу по управлению стрессом.

Проблема привлечения студентов к работе со специфическими целевыми группами***Сосова Анастасия Васильевна****студентка**Южно-Уральский государственный университет, Челябинск, Россия**E-mail: for_dandy@mail.ru*

Сегодня в задачи клинической психологии входит не только решение актуальных проблем основных её отраслей (патопсихологии, нейропсихологии, психосоматики и т.д.), но и задачи профилактики девиантных форм поведения. Кафедра клинической психологии Южно-Уральского Государственного Университета совместно с ЧГБОФ «Береги себя» проводят профилактику ВИЧ/СПИДа, контрацепции и репродуктивного здоровья, употребления ПАВ, привлекая к профилактическим мероприятиям студентов кафедры. Данная практика является необходимой как для студентов, для их профессионального личностного роста и выработки навыков общения с разными целевыми группами, так и для самого ЧГБОФ «Береги себя», поскольку студенты с клиничко-психологическим образованием обладают специфическими знаниями, которых нет у других специалистов-психологов.

Очевидным является тот факт, что молодое поколение России, переживает кризисную социально-психологическую ситуацию. Разрушены прежние устаревшие стереотипы поведения, нормативные и ценностные ориентации. Выработка новых происходит хаотично, бессистемно и лавинообразно. Молодежь не имеет определенных жизненных навыков, которые позволили бы сохранить свою индивидуальность и сформировать здоровый и эффективный жизненный стиль. Прогрессивно нарастающие требования социальной среды вызвали появление массовых состояний психоэмоционального напряжения, лавинообразное увеличение форм саморазрушающего поведения, которое привело к распространению социально значимых заболеваний в молодежной среде, в ряде случаев носящее характер эпидемии. К таковым, в частности, относится и ВИЧ-инфекция, наркомания, распространение которых на территории России приобрели угрожающие масштабы. Разные специалисты – врачи, психологи, педагоги – говорят о том, что это является следствием рискованного стиля поведения людей, в частности молодёжи, отсутствием у них необходимых для сохранения здоровья навыков и информации.

Одной из организаций, занимающихся профилактикой рискованных форм поведения, на территории Челябинской области является Челябинский городской благотворительный общественный фонд «Береги себя». Данная организация занимается не только первичной профилактикой ВИЧ/СПИДа, контрацепции и репродуктивного здоровья, профилактике употребления ПАВ, но и проводит профилактические работы в сфере коммерческого секса, пенитенциарных учреждениях и т.д.

На базе фонда работает консультационный центр «Адвокатteen», где работают квалифицированные специалисты (психологи, врачи, юристы) и равные консультанты, которые ведут группы самопомощи для людей с положительным ВИЧ-статусом, проводят консультации по вопросам ВИЧ/СПИДа и ИППП, обслуживают телефон доверия.

Как видно, целевые группы данной организации являются весьма специфическими: потребители инъекционных наркотиков, коммерческие секс-работники, заключённые исправительных учреждений и т.п.

Кафедра Клинической психологии ЮУрГУ и ЧГБОФ «Береги себя» в 2007 году заключили договор о базе практик для студентов кафедры. На наш взгляд привлечение студентов на добровольной основе к работе со специфическими целевыми группами

является необходимым условием как для профессионального личностного роста будущих специалистов, так и для людей, принадлежащих к данным целевым группам.

Для будущих специалистов работа с лицами с различными девиациями поведения представляет важное условие для профессионального личностного роста, приобретения навыков и опыта общения в специфических сферах, что позволяет выработать толерантность к различным категориям целевых групп. Подобные практики отсутствуют в медицинских и других учреждениях по оказанию психологической помощи.

Работая модераторами на выставках «Маршрут безопасности» и аутичерами студенты на своём примере могут продемонстрировать посредством автобиографий, дискуссий по проблемным темам (ВИЧ инфекция, безопасный секс, самоактуализация и т.п.) альтернативные пути решения жизненных проблем.

К сожалению, фонд на данный момент затрагивает узкий спектр проблем подростков и молодёжи, число организаций, занимающихся данными проблемами также не многочисленно; поэтому, необходима разработка новых проектов и программ и по другим проблемам общества, а соответственно и привлечение молодых специалистов.

Реабилитация созависимости методом гештальт-терапии у подростков

Тормосина Наталья Геннадьевна³

студентка

Ставропольский государственный университет, Ставрополь, Россия

E-mail nataliasun@mail.ru

Исследование созависимости или эмоциональной зависимости приобретает в настоящее время все большую актуальность в России по ряду причин.

Созависимость чаще всего рассматривают в двух аспектах – как болезненное состояние сильной поглощенности и озабоченности, крайней зависимости (эмоциональной, социальной и физической) от другого человека или как явление сильной привязанности, характерное для членов дисфункциональных семей в которых кто - либо страдает алкоголизмом или наркоманией. Это положение активно разрабатывается в нашей стране из - за распространенности химических зависимостей, роста числа неполных семей. Этот аспект проблемы исследуется российскими психологами - Шороховой О.А., Москаленко В. В., Морозовой Г. А. Второй аспект исследования созависимости – ее рассмотрение как негативного явления сверхсильной взаимозависимости людей друг от друга без акцентирования способа ее формирования - более популярно за рубежом. Изучением этой проблемы занимаются Уайнхолд Д., Эрхардт У., Битти М. Они определяют созависимость как состояние, характеризующиеся ощущением зависимости от других людей, наличием унижающих, контролирующих взаимоотношений, низкой самооценкой, потребностью в постоянном одобрении и поддержке со стороны других, ощущением бессилия что-либо изменить в деструктивных отношениях, потребностью в каких-либо внешних стимуляторах для отвлечения от переживаний, неопределенностью психологических границ, неспособностью испытывать чувство истинной близости и любви. Они изучают ее негативное влияние на самостоятельность человека, его ответственность за свою жизнь, способность принимать решения и т.п., а также разнообразные способы ее реабилитации. Мы в контексте данной работы будем придерживаться точки зрения зарубежных авторов.

³ Автор выражает признательность доценту, к.п.н. Коваленко М. В. за помощь в подготовке тезисов.

И российские, и зарубежные ученые считают, что созависимость мешает становлению самостоятельности. А ведь сейчас ценятся инициативные, уверенные в себе и целеустремленные люди. Созависимость может мешать даже способным людям проявить себя и добиться успеха в жизни.

Подростковый возраст – один из наиболее значимых этапов жизни каждого. Главные задачи развития в этот период – самоопределение в сфере человеческих ценностей и сфере человеческого общения, решение важных вопросов о смысле жизни, своем месте в ней. Подростковый возраст – достаточно сложный период в жизни каждого. Но человек начинает учиться сам ставить и реализовывать жизненные цели, определять и отстаивать свои психологические границы, то есть становится самостоятельным. Если ход психологического развития искажается эмоциональной зависимостью, этого не происходит и человек живет интересами, потребностями и желаниями других, дезориентирован в собственном внутреннем мире и в реальности, что ведет к частым неудачам и разочарованиям, на которые он тоже реагирует тяжело. Это может привести к алкоголизации, наркотизации, психосоматическим расстройствам. Поэтому психокоррекционную работу по реабилитации различных проявлений созависимости целесообразно вести в подростковом возрасте.

Отечественными и зарубежными авторами описаны множество моделей реабилитации созависимости. Мы остановились на гештальт – подходе, так как гештальт – терапия ставит своей целью расширение зоны осознания человека, принятие ответственности за собственную жизнь, а не за жизнь окружающих, проведение границы между средой и внутренним миром – обособление, необходимое для осознания своих ощущений, чувств и потребности. Также гештальт – терапия успешно применяется в групповой работе и при работе с детьми и подростками.

Таким образом, целью нашего исследования было изучение особенностей проявления созависимого поведения старших подростков и методов его реабилитации, в частности гештальт - терапии.

Исследование реабилитации созависимости в подростковом возрасте методами гештальт – терапии включало констатирующий и формирующий эксперименты.

Исследование проводилось на базе МОУ СОШ № 1 г. Ставрополя.

Экспериментальная группа состояла из 26 человек (11 мальчиков, 15 девочек), контрольная - из 49 (20 мальчиков, 29 девочек) 13 – 15 лет. Был подобран диагностический инструментарий для изучения созависимости и ее характеристик - методики «Степень проявления созависимых моделей» Д. и Б. Уайнхолдов., «Способы преодоления негативных ситуаций» Гончаровой С. С., «Мотивация аффиляции» Мехрабиана А. в модификации Магомед – Эминова М. Ш., «Механизмы психологической защиты», «Личностная агрессивность и конфликтность» Ильина Е.П. и Ковалева П.А. опросник по изучению самоотношения Столина В.В., методика диагностики субъективного уровня одиночества Рассела Д., Фергюсона М. Для обработки результатов диагностики применялся пакет программ Statistica 6.0. Мы применяли корреляционный анализ, проверку достоверности различий показателей при помощи критериев Манна – Уитни и Вилкоксона. По итогам диагностики была составлена программа реабилитации созависимости. Структура программы включала три блока – вводный, основную часть и блок – завершение. Первый блок был направлен на освоение подростками основных правил, норм и принципов групповой психологической работы, на создание атмосферы доверия, заинтересованности в работе, на углубление знакомства друг с другом, второй блок - на осознание своей роли в группе, паттернов поведения, поддерживающих эту роль, потребностей, которые с ее помощью удовлетворяются, развитие доверия к самому себе. Третий блок – блок, направленный на конструктивное завершение работы в группе, подведение итогов, закрепление и интеграцию полученных умений. Для проверки эффективности

разработанной программы проводилась процедура повторного диагностического обследования, которое выявило снижение показателей «Степень выраженности созависимых моделей», «Стремление к принятию», «Страх отвержения», «Поиск поддержки» «Поиск виновных», «Отрицание», и увеличение показателей «Открытость», «Самоуверенность», «Анализ проблемы». «Напористость».

Таким образом, по итогам исследования можно сделать вывод о том, что программа реабилитации такого сложного комплексного явления как созависимость может быть эффективной при учете всех ее аспектов (низкой нестабильной самооценки, неустойчивости психологических границ, повышенной потребности во внимании и одобрении другими, страха отвержения ими, неспособности к саморуководству, выраженности психологических защит, трудностей выражения социально нежелательных чувств, склонности к их игнорированию), особенностей подросткового возраста (низкой способности к саморефлексии, стремлению к общению и завоеванию авторитета среди сверстников, склонности к игнорированию непонятных или неприятных явлений), а также особенностей определенной группы подростков (с учетом сложившихся в ней отношений, проблем, устоявшихся способов их решения). В коррекции, профилактике и реабилитации созависимости целесообразно использовать гештальт – подход, как средство восстановления интереса к себе, укрепления Эго - функции, интериоризации позитивного реалистического самоотношения, развития саморефлексии, способности распознавать свои защитные механизмы и находить собственных ресурсы для решения проблем.

Литература

1. Лебедева Н. М., Путешествие в Гештальт: теория и практика. СПб, 2004. 560 с.
2. Уайнхолд Б., Освобождение от созависимости. Москва, 2002, 312 с.
3. Шорохова О.А. Жизненные ловушки зависимости и созависимости. СПб. 2002.

Соотношение нормальных и патологических перфекционных тенденций.

Предварительные размышления

Травова Валерия Викторовна⁴

аспирантка

Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

E-mail: lera-trauff@mail.ru

Проблема нормальных и патологических перфекционных личностных тенденций находится в центре внимания многих зарубежных и отечественных клинических психологов (Соколова Е.Т., 1989, 1995, 2001; Соколова Е.Т., Бурлакова Н.С., 2002; Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., 1996, 2001; Кернберг О., 1998, 2001; Burns, 1983 ; Hewitt&Flett, 1990; Frost, 1993; Woodman M., 2006; Kilborne V., 2007). В зависимости от их теоретической и методологической ориентации акцентируются различные аспекты изучения феномена перфекционизма.

Исследование патологического перфекционизма как одной из специфических черт нарциссической личностной организации становится всё более актуальным в связи с развитием культуры нарциссизма в современном обществе. В нарциссической культуре

⁴ Автор выражает благодарность в подготовке тезисов своему научному руководителю - доктору психологических наук, профессору кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ Соколовой Елене Теодоровне.

искажённых представлений и эталонов наиболее ценными становятся видимые, поверхностные атрибуты силы, благополучия, красоты и успешности. Таким образом, большая ставка делается на внешность, на телесные проявления личности и, соответственно, большее распространение получает телесный перфекционизм.

Описанная реальность современного общества указывает на необходимость эмпирического изучения соотношения феноменов патологического и нормального перфекционизма и сопутствующих им синдромов психологических черт с целью лучшего понимания их структуры, динамики и порождающего их субстрата. Большая часть современных исследований в сфере перфекционизма фокусируется на выделении «парциальных» связей между перфекционизмом и отдельными, изолированно и внесистемно рассматриваемыми факторами (Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., 2001; G.L.Flett, P.L.Hewitt, 2002). В нашем же исследовании мы во главу угла ставим системное изучение перфекционизма как неспецифического био-психо-социально обусловленного феномена, в единстве когнитивных, мотивационно-регуляторных и коммуникативных его звеньев.

В настоящих тезисах делается попытка провести сравнительный анализ результатов обследования трёх групп участников исследования, которое проходит под научным руководством Е.Т.Соколовой. Среди них: 1) группа пациентов Отделения Вегетологии ГКБ №33 им. А.Остроумова с психологическими расстройствами тревожно-депрессивного спектра (21 чел.); 2) группа профессиональных спортсменов (25 чел.); 3) группа непрофессиональных спортсменов (27 чел) (женская выборка в возрасте от 18 до 46 лет).

Цель нашего исследования состоит в изучении и выделении психологических механизмов нормального и патологического перфекционизма, обусловленных сочетанным вкладом взаимосвязанных и взаимовлияющих факторов: нозологической специфичности, аффективно-когнитивными особенностями личности, стилем саморегуляции и межличностной коммуникации, - которые в своей целостности обеспечивают качественное своеобразие перфекционизма, его роль в социальной и личной адаптации. Для реализации поставленной цели исследования разработан специальный комплекс диагностических инструментов, который направлен на выявление и изучение особенностей перфекционных тенденций, аффективно-когнитивного стиля, межличностной коммуникации, паттерна защитных механизмов, социального интеллекта.

В качестве предварительных результатов проводимого исследования были выделены два кластера психологических черт, не являющихся специфичными для конкретной эмпирической группы, которые ассоциируются с феноменами нормального и патологического перфекционизма. По этим результатам группа пациентов с психосоматическими проявлениями тревожно-депрессивных расстройств в качественном и количественном аспектах близка к группе непрофессиональных спортсменов - у обеих групп выделяется неспецифический симптомокомплекс психологических черт, взаимосвязанных с патологическими перфекционными тенденциями в сфере телесности.

Дезадаптивный патологический перфекционизм связан с размытыми, неустойчивыми, недостаточно артикулированными «границами образа тела»; с низкой когнитивно-эмоциональной дифференцированностью; полезависимостью (повышенной откликаемостью на приходящие от окружения стимулы); неустойчивой самооценкой (потребностью в поддержке, направлении и подкрепляющей стимуляции извне); нереалистичностью жизненных стандартов(завышенными целями дальнейшего изменения своей внешности, деятельность полностью подчинена мотиву похудения и изменения собственного тела).

Адаптивный перфекционизм связан с определёнными, достаточно чёткими и гибкими «границами образа тела»; с высоким уровнем когнитивно-эмоциональной дифференцированности; полнезависимостью (ориентацией на внутренние детерминанты при построении собственного поведения; внешние стимулы используются для адекватной коррекции своей деятельности); устойчивостью самооценки (реалистичным восприятием окружающего мира, других людей и себя в этом мире); реалистичностью целей и стандартов (поэтапным достижением результатов, деятельность направляется мотивом реалистичного достижения успеха и зрелого саморазвития).

Несмотря на высокий уровень достижений при патологическом перфекционизме преобладающей является мотивация избегания неудач, в противоположность мотивации достижения успешного результата. В связи с феноменом избегания неудач, а также под влиянием нереалистично завышенных целей патологические перфекционисты склонны прерывать деятельность на фазе вхождения, либо при первых столкновениях с фрустрирующими факторами.

В сфере построения межличностного контакта при патологическом перфекционизме наблюдается преобладание инфантильных стратегий взаимодействия, неспособность к построению зрелых, непротиворечивых, стабильных отношений привязанности (их скорее можно описать как амбивалентные и избегающие), страх эмоциональной близости как страх «поглощения», склонность к манипулятивному поведению и тенденция строить контакт либо по гиперболизированно фемининному, либо по жёстко маскулинному типу.

Таким образом, мы понимаем патологический телесный перфекционизм как психологический феномен, непосредственно связанный с кластером психологических характеристик, среди которых выявляются: полнезависимость; низкий уровень дифференцированности когнитивно-аффективной сферы; искажения самоидентичности, в частности, телесной и гендерной; размытость, пронцаемость воспринимаемых субъектом телесных границ; неустойчивая самооценка с высокой степенью откликаемости на позицию и ожидания значимых других; преобладание защитного механизма расщепления (телесной и духовно-психологической сферы, хороших и плохих интраектов значимых других, реальной действительности и фантазийного мира желаний и устремлений), а также идеализации, обесценивания, инфантилизации, девитализации в качестве главенствующих механизмов психологической защиты; высокая способность к саморефлексии вплоть до поглощённости собственным Я, в ущерб эмпатичному, истинно эмоциональному общению с окружающими.

Литература

1. Соколова Е.Т., Чечельницкая Е.П. Психология нарциссизма. М., Учебно-методический коллектор «Психология», 2001.
2. Соколова Е.Т. Феномен психологической защиты, Журнал «Вопросы психологии», 2007, №4, с.66-80.
3. Kilborne B. Disappearing Persons: Shame and Appearance. Albany:SUNY Press, 2002.
4. «Perfectionism. Theory, Research and Treatment», ed. by G.L.Flett and P.L.Hewitt, Washington,2002.

Аффективно-когнитивный стиль репрезентации «Я-Другой» при депрессивных расстройствах**Филимонова Анастасия Сергеевна⁵***аспирантка**Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия**E-mail: nastya20000@mail.ru*

В современной клинической психологии все более утверждается системный подход, предполагающий изучение нарушений психической деятельности в единстве и взаимодействии когнитивных, мотивационно-регуляторных и коммуникативных процессов. Актуальность исследования аффективно-когнитивного стиля как системного фактора индивидуальной предрасположенности к расстройствам аффективного спектра, в свою очередь провоцирующего и стабилизирующего дезадаптивные и дезинтегративные стратегии отношения к себе и социальному окружению, отвечает интегративным тенденциям современной психологии. Во многих направлениях психологической науки исследуются различные аспекты межличностных отношений, способов их репрезентации, интериоризации, влияние на текущий опыт социального взаимодействия. В когнитивной психологии изучается структура и организация ментальных репрезентаций, их взаимосвязь с когнитивными процессами. В психоаналитической школе исследуется влияние опыта ранних детско-родительских отношений на формирование психических репрезентаций и эмоциональных связей. В отечественной психологии развивается системный подход к изучению мотивационно-регуляторных, когнитивных и коммуникативных компонентов психических репрезентаций, реализуемый в исследовании аффективно-когнитивного стиля личности (Соколова Е.Т., Кадыров И.М., Чечельницкая Е.П., Ильина С.В., Рахманкина Е.Е., Коршунова А.Р., Сотникова Ю.А.).

Впервые Фрейд и Абрахам связали возникновение депрессии с ситуацией утраты значимого объекта. Бибринг значительно позже писал, что депрессия проистекает из внутрисистемного конфликта, возникающего из внутреннего напряжения Эго. Причиной этого он считает нарциссическую фрустрацию ребенка и последующее обращение агрессии на себя. Спотниц указывает на то, что прямой путь к депрессии прокладывает фрустрация-агрессия, характерным образом вливающаяся в Супер-Эго, которое затем атакует Эго. Он считает это явление нарциссической защитой от страха разрушить объект. Выдвигается предположение, что эти пациенты страдают не от избытка любви к себе, а от чрезмерной ненависти к себе. Также в современной литературе выделяется анаклитическая депрессия – аффективное расстройство, возникающее у взрослых людей на почве детской травмы утраты и сопровождаемое страхом потери Другого.

Теоретический контекст исследования: культурно-исторический подход к изучению патологии личности и самосознания в современной отечественной психологии, а также положения психоаналитического и современного психодинамического направления. Исследование пациентов проводилось на базе НИИ Психиатрии при клинической больнице им. Ганнушкина, отделение аффективной патологии, Городской клинической больнице №20 и клиники НЦПЗ РАМН (27 человек (17 женщин и 10 мужчин), страдающие депрессивными расстройствами: от 19 до 50 лет и на контрольной группе здоровых испытуемых (23 человека: 13 женщин и 10 мужчин,

⁵ Автор выражает благодарность в подготовке тезисов, своему научному руководителю доктору психологических наук, профессору кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ Соколовой Елене Теодоровне.

от 18 до 47 лет). Применялись следующие методики: полуструктурированная беседа с элементами структурного интервью О. Кернберга; «Тест встроенных фигур» Г. Виткина; симптоматическая шкала Бека; опросник Мехрабяна; Рисунок человека; тест Роршаха (шкала взаимозависимости-автономии Юриста и шкала враждебности Илизура).

Полученные результаты:

1) Группа депрессивных больных отличается от контрольной группы следующими характеристиками когнитивно-аффективного стиля личности: а) у депрессивных пациентов преобладает полезависимость; б) более высокий уровень депрессии; в) более низкая дифференцированность Я-концепции. Выявленные характеристики свидетельствуют о влиянии интенсивности негативного аффекта на когнитивный стиль в сторону большей сверхзависимости.

2) В группе депрессивных пациентов, по сравнению с группой здоровых испытуемых достоверно выше уровень враждебности. Применение качественного анализа позволило выделить такие феномены, как девитализация, виктимность, которые чаще присутствуют у депрессивных пациентов. Также у больных депрессией враждебные импульсы сочетаются с позитивными, что говорит о толерантности к амбивалентности.

3) Группа больных депрессией в целом отличается от контрольной группы по показателям переживания отношения привязанности. По шкале аффилиации стремление к людям значимо ниже, чем в группе сравнения, однако страх отвержения в группе депрессивных больных выше. Отношения привязанности в группе депрессивных пациентов во многих случаях характеризуются избегающим или амбивалентным типом привязанности. Показатель взаимозависимости-автономии Юриста достоверно выше в группе больных депрессией, чем в группе сравнения, в данной группе взаимоотношения более самостоятельны и автономны, в отличие от экспериментальной группы, где взаимоотношения основаны на зависимости, слитности образов. При этом ожидаемый образ «Другого» амбивалентен, в содержании репрезентаций доминируют враждебно-зависимые отношения.

Статистические данные доказывают связь между уровнем враждебности и степенью зависимости в объектных отношениях, что позволяет предположить, что именно примитивная зависимость влияет на высокий уровень враждебности. Так, враждебность к объекту зависимости может вызываться страхом поглощения.

Таким образом, по результатам проведенного исследования паттерн объектных отношений депрессивных пациентов характеризуется сочетанием парадоксальных и противоречащих друг другу черт: привязанность становится невозможной из-за страха поглощения; автономия же не достижима из-за страха одиночества и повтора травматического опыта потери.

4) Согласно полученным результатам группе с низким уровнем депрессии более доступны операции анализа и синтеза, выше уровень аффилиации при достаточно высоком уровне враждебности, это говорит об относительной толерантности к амбивалентности. Группа с высоким уровнем депрессии характеризуется сверхзависимостью, низкой дифференцированностью и расщеплением образов на абсолютно «плохого» и «хорошего». Выделенные репрезентативные стили могут быть соотнесены с двумя позициями межличностного взаимодействия в соответствии с концепцией М.Кляйн: с шизопараноидной позицией при высоком уровне депрессии, с депрессивной позицией – при низком уровне депрессии.

Литература

1. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., Аргус, 1995 г.

2. Соколова Е.Т., Чечельницкая Е.П. "Психология нарциссизма", М: Уч-метод. коллектор "Психология", 2001 г.
3. Соколова Е.Т., Коршунова А.Р. Аффективно-когнитивный стиль репрезентации отношений Я-Другой у лиц с суицидальным поведением. Вестник МГУ. Серия 14 Психология, 2007, №4
4. Психоанализ депрессий. // Сборник статей под редакцией проф. М.М. Решетникова. – СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2005. – 164с.

Особенности эмоциональной сферы эстрадных фанатов

Филипенко Ирина Михайловна

студентка

Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

E-mail: avrora_84@list.ru

На сегодняшний день проблема зависимости, или аддикции, является одной из главных в современной психологии. Аддиктивное поведение – в общем смысле – это попытка уйти от реальности, путем изменения своего психического состояния. Человек решает проблему не «здесь и сейчас», а откладывает ее «на потом», выбирая, тем самым, аддиктивную реализацию и достигая более комфортного психологического состояния. [1].

Существуют химические виды зависимости – алкогольная, наркотическая и курение, и нехимические – патологическое влечение к азартным играм, трудоголизм, Интернет-зависимость. Но встречаются и другие, для которых еще не разработаны критерии. Они появились совсем недавно и являются результатом научного прогресса и интенсивного развития современных технологий. Одним из таких видов зависимости, по мнению некоторых авторов, является музыкальный фанатизм. «Аддиктивный фанатизм – это крайняя степень увлечения какой-либо деятельностью с созданием из нее культа, поклонением кумирам и растворением в группе единомышленников» [4]. Некоторые авторы рассматривают фанатизм как вариант сверхценного увлечения, которое является «усиленным до гротеска отношением к объекту или виду деятельности, которое характеризуется глубокой и длительной сосредоточенностью на объекте увлечения; пристрастным эмоционально насыщенным отношением к объекту увлечения; утратой контроля за временем, затрачиваемым на увлечение; игнорирование любой иной деятельности или увлечения» [4]. В этом отличие сверхценного увлечения, которое может принять патологическую форму. В подростковой психиатрии даже существует специальный термин «синдром патологических увлечений», который характеризуется наличием хотя бы одного из следующих признаков:

Крайняя интенсивность увлечения, одержимость им. Во имя одного какого-либо увлечения забрасывается все – и учеба, и работа, и обязанности, и обычные развлечения. В жертву ему приносятся отдых, сон, благополучие свое и своих близких. Могут совершаться проступки, даже криминальные действия, совсем несвойственные личности подростка и которые он никогда бы не совершил, если бы они не были связаны с увлечением.

Необычность и вычурность увлечений. Речь здесь идет не просто об изысканности предмета увлечений, что встречается при шизоидной акцентуации. Здесь, в патологических случаях, необычность предмета увлечения уходит далеко за рамки психологически понятного.

Непродуктивность увлечений. Несмотря на то, что увлечению отдается масса времени, ничего не достигается, ничего не создается и ничего не приобретается. Знания

в избранной области остаются крайне поверхностными и сумбурными. Вся деятельность оставляет впечатление машины, работающей на холостом ходу [2].

Таким образом, фанатизм характеризуется наличием первого признака – интенсивностью, одержимостью увлечения.

По мнению других авторов, аддикции можно условно разделить на те, которые по своему значению ближе к привычке, и те, которые ближе к привязанности. К последним, относятся формы, предполагающие межличностное общение, пусть и опосредованное. Например, различные варианты фанатизма – религиозный, музыкальный, спортивный [3].

В прошлых исследованиях данного феномена были получены следующие результаты:

Семейные отношения испытуемых характеризуются симбиотическими отношениями с матерью, а также неосознаваемыми протестными реакциями.

В результате проведенного исследования были описаны личностные смыслы музыкального фанатизма для девушек: совладание с негативными эмоциональными состояниями (скука, депрессия, ощущение пустоты).

Музыкальный фанатизм носит ритуализированный характер. Ритуал растянут во времени и имеет несколько этапов: накопление эмоционального напряжения, разрядка эмоционального напряжения, завершающий.

Для всех испытуемых характерно включение в референтную группу «единомышленников», имеющую свою субкультуру, групповые нормы, ценности, роли.

В настоящее время целью исследования является изучение особенностей эмоциональной сферы эстрадных фанатов, в котором планируется использование помимо клинической беседы таких методик, как ЦТО, семантический дифференциал, Незаконченные предложения и Шкала дифференциальных методик К. Изарда.

Литература

1. Бурова В.А. «Социально-психологические аспекты Интернет-зависимости».
2. Личко А.Е. «Подростковая психиатрия: (Руководство для врачей)» - изд. 2-е, допол. и перераб. – Л. Медицина, 1985 г.
3. Менделевич В.Д. «Руководство по аддиктологии».
4. Старшенбаум Г.В. «Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей».

Возможности символизации в психотерапии⁶

Цыбуля Вера Ивановна

аспирантка

Московский городской психолого-педагогический университет, Москва, Россия

E-mail: cibulya@gmail.com

В последние десятилетия влияние психотерапии на современную культуру очевидно возрастает. Это выражается в том, что обращение за психотерапевтической помощью становится все менее зазорным, увеличивается количество психотерапевтических и психологических центров, в средствах массовой коммуникации популяризируются психотерапевтические идеи. Как и каждая культурная практика, психотерапия порождает смыслы и идеи, участвуя в формировании общей культуры

⁶ Автор выражает признательность профессору, к.психол.н. Гриншпуну И.Б. за помощь в подготовке тезисов.

человека, и оказывая значительное влияние на мировоззрение и картину сознания клиентов.

Функцию воспроизводства культурно-значимых смыслов на протяжении всей истории культуры выполняют символы как вертикальные духовные медиаторы (В.П.Зинченко). Символы представляют собой образы или понятия, которые содержат указание на целостно связанный с ними, имманентно заданный смысл. Их можно назвать смысловыми формами, определяющими человеческое восприятие и понимание окружающих феноменов и событий и самих себя в их контексте. В данной работе мы используем функциональное определение символа – это инструмент конструирования в сознании смыслов тех или иных феноменов и событий.

Возникновение символов исторически связывают со стремлением человека упорядочивать и придавать смысл и закон явлениям окружающего мира и существованию в нем человека, для того чтобы защититься от хаоса и случайности. М. Эллиаде говорит о том, что сознание человека возникло тогда, когда человек стал отличать то, что имеет важный сакральный смысл и ценность от стихийного, импульсивного и конечного. Важные и сакральные идеи воспроизводились посредством ритуалов, способов организации быта и социального взаимодействия.

В контексте психотерапевтического пространства, символизация является универсальным механизмом смыслового конструирования личностного бытия и критической ситуации, ставшей причиной обращения за психологической помощью. Наиболее раннее психотерапевтическое использование символов зафиксировано в практике шаманских обрядов, один из которых описан в книге К. Леви-Стросса «Структурная антропология».

В современной практике психотерапевтической помощи символизация используется на уровне базовых понятий, методических приемов, способов организации взаимодействия. Мы подразумеваем, что символизация обеспечивает нужный психотерапевтический эффект благодаря специфической функции, которая заключается в восстановлении смысловой перспективы и смысловых связей, которые становятся утраченными в сознании вследствие переживаемой психологической травмы.

Рассмотрим подробнее действие механизма символизации в психотерапии. Переживание критической ситуации, ставшей причиной обращения за психологической помощью, метафорически можно представить как «черную дыру», поглощающую все внимание и сужающую сознание пациента до своих границ. Травмирующее переживание вызывает эмоциональный дискомфорт и страдание, являясь мучительным и навязчивым. Травма становится следствием разрыва привычных схем и связей в сознании, она представляет в сознании то, что больше самого человека, то, что неподвластно произвольному влиянию и контролю. Таким образом, в состоянии переживания критической ситуации субъект теряет свои интегральные функции. В сознании пациент становится как бы меньше самой проблемы.

Как механизм символизации действует в данной ситуации? Во-первых, разотождествление клиента и критической ситуации. Пациент получает возможность удерживать субъектную позицию по отношению к проблеме, а не быть поглощенным ею. С одной стороны, изменяется масштаб проблемы, с другой – проблема переведена на определенный язык, благодаря чему она становится менее пугающей, «более понятной». Меняется фокус восприятия – с себя, страдающего, на проблему, эксплицированную посредством символизации. Во-вторых, символическая маркировка проблемы задает ей определенное смысловое значение в контексте жизненных отношений, определяя восприятие и отношение к последней. В-третьих, символ содержит в себе потенциальные возможности трансформации критической ситуации, так как символ как идеальная смысловая форма в сознании пациента задает перспективную точку развития. Необходимо сделать важное допущение – символизация характеризуется такими

эффектами лишь в случае соответствующей установки сознания рассматривать что-либо как символическое, транслирующее важный смысл.

Итак, мы отметили в этой работе лишь общие возможности символизации в психотерапевтическом опыте. Дальнейшее исследование механизмов символизации на уровне понятий, методов и способов организации психотерапевтического взаимодействия может иметь научную значимость для определения закономерностей и механизмов построения психотерапевтического метода.

Коммуникативный аспект саморазрушительного поведения при психических расстройствах⁷

Цыганкова Полина Васильевна⁸

студентка

Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

E-mail: polina_tsy@mail.ru

Современное общество характеризуется выраженным ростом аутоагрессивных тенденций, понимаемых в широком смысле как осознанное или неосознанное намеренное неблагополучие в различных жизненных сферах – соматической, психосоциальной и духовной. В рамках отечественной модели самодеструкции [2,3,4] рассматривается широкий круг феноменов пожизненной виктимности, куда относят психологические зависимости как в межличностных отношениях, тяготеющих к разрушению границ Я-Другой, так и девиантные расстройства поведения, объединяемые по признаку насилия в адрес Я, или парасуициды: пищевые аддикции, сексуальный промискуитет, хронические суицидальные попытки.

Понимание механизмов саморазрушительного поведения возможно лишь в контексте межличностных отношений. Ещё Э.Дюркгейм, основатель суицидологии, в 1897 г. создал классификацию суицидов по критерию интегрированности человека в социум, в референтную группу. В отечественной суицидологии наибольшее распространение получила классификация мотивов суицида В.А.Тихоненко, в которой отчетливо звучит базовая направленность подобных поступков на значимого Другого: «призыв», «протест», «избегание», «самонаказание», «отказ» [5]. В случае нервной анорексии отказ от пищи понимается рядом исследователей как проявление борьбы за автономию, индивидуацию и сексуальное развитие, в основе которой лежат проблемы материнско-дочерней сепарации и идентичности [2,6].

Анализ имеющихся данных позволяет предположить, что самоповреждение является в большинстве случаев одним из проявлений пограничной личностной организации. Согласно теории объектных отношений, патология личности определяется теми психическими структурами, которые возникают под влиянием аффективного опыта взаимодействия с ранними значимыми объектами; сформировавшаяся же личностная структура, в свою очередь, определяет паттерн дальнейших отношений со значимыми другими, в случае пограничной личностной организации характеризующихся хрупкостью, поверхностностью или хаотичностью [1]. Нарушенные ранние диадические отношения интериоризируются в структуру «дефицитарной» самоидентичности, на феноменологическом уровне переживающуюся как хронический эмоциональный голод и симбиотическая зависимость от значимого Другого. Саморазрушительные действия

⁷ Настоящие тезисы подготовлены по результатам исследований, проводимых в рамках работы над дипломным проектом.

⁸ Автор выражает признательность профессору, д.пс.н. Соколовой Е.Т. за помощь в подготовке тезисов.

оказываются встроенными в паттерн манипулятивного стиля отношений Я-Другой, их функция состоит в замещающей разрядке невыносимого напряжения перед лицом противоречивых и неразрешимых дилемм, заданных диаметрально противоположными бессознательными интенциями к безудержному слиянию и избеганию поглощения [2].

Основываясь на приведенных выше положениях, в качестве предмета нашего исследования было выбрано изучение коммуникативных и метакоммуникативных стратегий лиц, склонных к аутоагрессии.

В исследовании приняла участие 71 женщина в возрасте 18-25 лет: 24 пациентки, демонстрирующие суицидальное и парасуицидальное поведение (явная форма саморазрушения), 22 пациентки, страдающие нервной анорексией (более скрытая, косвенная форма саморазрушения), а также 25 здоровых испытуемых.

При исследовании особенностей пограничной личности рядом преимуществ обладают проективные методы, которые в частности, через механизм неопределенности способствуют активации ранних инфантильных аффектов, регулятивных коммуникативных и когнитивных структур [2,3,4]. На основании этого положения разработана комплексная диагностическая программа, включающая: тест Роршаха (содержательный анализ ответов с использованием шкалы враждебности Pizur, шкалы автономии-кооперации Urist, шкалы барьерности-проницаемости Fisher), методику «Рисунок Человека», модифицированный вариант методики «Незаконченные Предложения» Сакса-Леви, модифицированный вариант методики «Самооценка» Дембо-Рубинштейн, а также опросниковые методики, позволяющие сравнить осознанные представления испытуемых о своих аффективных проявлениях и межличностных отношениях с особенностями глубинных, неосознанных уровней их психического функционирования.

Целью исследования является выявление особенностей коммуникативных и метакоммуникативных стратегий лиц, проявляющих разные формы саморазрушительного поведения. Выдвинуты следующие гипотезы исследования: 1. особенности раннего аффективного опыта актуализируются в проективном исследовании; 2. для лиц, склонных к аутодеструкции, характерно преобладание дезадаптивных коммуникативных стратегий, основывающихся на использовании примитивных защитных механизмов (в первую очередь – расщепления), представленных преимущественно на аффективно-чувственном уровне, что ведет к изолированному проявлению аффилиативных и враждебных тенденций, неспособности к их интеграции, взаимному смягчению и зрелому контролю; 3. пациенткам суицидальной группы, демонстрирующим прямую и брутальную форму саморазрушения, свойственны иные коммуникативные и метакоммуникативные паттерны, чем пациенткам группы нервной анорексии, проявляющим косвенную форму аутодеструкции.

Описанная выше схема исследования применяется в настоящий момент; результаты смогут быть опубликованы и озвучены ко времени начала конференции. Предварительные результаты свидетельствуют в пользу выдвинутых гипотез.

По мнению ряда исследователей, склонные к аутодеструкции пациенты являются одной из наименее курабельных, наиболее резистентных любому лечению групп. В связи с этим изучение психологических особенностей людей, склонных к саморазрушению, играет ключевую роль в формировании стратегии и тактики психотерапии, где особое значение приобретает использование контрпереносных чувств терапевта, позволяющих понять витальный смысл проективных идентификаций и метакоммуникативных посланий пациента [3].

Литература

1. Кернберг О. Агрессия при расстройствах личности. «Класс». 2001.

2. Соколова Е.Т. Особенности личности при пограничных расстройствах. // Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах личности и соматических заболеваниях. М. 1995.
3. Соколова Е.Т. Психотерапия. Теория и практика. М. Academia. 2002
4. Соколова Е.Т., Сотникова Ю.А. Проблема суицида: клинико-психологический ракурс. // Вопросы психологии. 2006. №2. с.103-116
5. Тихоненко В.А. Классификация суицидальных проявлений // Актуальные проблемы суицидологии. М. Изд-во Московского НИИ психиатрии. 1978.
6. Brumberg J.J. Fasting Girls. The Emergence of Anorexia Nervosa as a Modern Disease. London. Harvard University Press. 1988.

Особенности внутреннего диалога ребенка в дисфункциональной семье

Черепкина Елена Николаевна

аспирантка

Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

E-mail: Grase_tom@mail.ru

Введение

Исследование особенностей развития личности ребенка в условиях дисфункциональной семьи (в данном случае семьи, где хотя бы один из родителей страдает расстройством личности) актуально потому, что согласно последним данным число людей, диагностированных как имеющие расстройство личности, неуклонно растет. Особенности развития детей, воспитываемых такими людьми, остаются малоисследованными по причине как отсутствия четкой методологической базы для, так и малодоступности подобных семей для изучения (чаще всего подобные семьи закрыты для науки).

Метод

В проводимом исследовании перед нами стояла задача построения методологии изучения подобных семей в ходе рассмотрения единичного случая. Основной теоретической базой для нашего исследования стал диалогический подход, берущий свое начало в работах М.М.Бахтина и Л.С.Выготского. Диалогический подход позволяет понять явления развития, индивидуализации в их динамическом становлении. Понятие диалога прямо соотносимо с самосознанием. Самосознание в силу диалогических условий его развития удерживает в себе структуру диалога. Опираясь на данную методологическую основу, нами было предпринято исследование ядерной семьи, состоящей из 3х человек родители: мать (25 лет), отец (35 лет); оба имеют высшее образование, и ребенок-девочка. В ходе исследования мы использовали следующие методы – наблюдение, полуструктурированная беседа и проективные методы (ТАТ, САТ). Оба родителя были диагностированы психиатром как имеющие пограничное расстройство личности и к моменту зачатия имели опыт госпитализации в психиатрические клиники, длительный опыт употребления наркотических веществ и конфликты с законом.. Наблюдение за характером внутрисемейных коммуникаций и характером развития девочки проходило систематически по специально установленному плану с периода беременности матери и первые три года жизни девочки. Данные, полученные с помощью проективных тестов и бесед, затем соотносились с данными наблюдения. На основании этого соотношения производился контроль за выводом об общей структуре процесса внутрисемейного взаимодействия и его влияния на становление самосознания ребенка.

Результаты

Полученные результаты представляют собой ряд диалогических структур самосознания исследуемого ребенка. Эти структуры выводились из анализа внутрисемейной коммуникации, индивидуального взаимодействия родителей с девочкой и между собой в их соотношении с проективной продукцией. В отличие от распространенного мнения о том, что возникновение патологии в развитии личности ребенка вытекает из нарушения отношений в диаде мать-ребенок, мы обнаружили, что процесс становления самосознания ребенка связан не только с особыми отношениями с матерью, но и предопределен более широким целым внутрисемейной коммуникации, где основную роль играет паттерн отношений с отцом девочки.

Ключевые моменты «отцовского» взаимодействия с ребенком в рамках его базового цикла взаимодействия с ребенком:

1. Неоднозначность большинства высказываний отца, выражающаяся в свержабстракциях, недоступных девочке, в смысловых конструкциях, неустойчивых интонационных характеристиках высказываний (когда серьезность высказывания неотличима от ироничности), порождается его потребностью в нарциссическом возвышении и одновременно в приглашении к общению. Данный стиль построения высказываний фрустрирует потребность в безопасности и однозначности, стабильности, порождает у девочки тревогу, которая опредмечивается в страхе по отношению к отцовской фигуре. В присутствии отца девочка становится напряженной и испуганной, внимательно слушает его наставления и выполняет требования.

2. Соблазнения к специфическому контакту, отвечающего потребности девочки в таком взаимодействии, где бы отец выступал в роли ведущего, проявляющего и проясняющего суть явлений, заставляют девочку признавать его авторитет, внимательно слушать его речи. В то же время отец отталкивает девочку всякий раз, когда она ведет себя, как ему не нравится. При этом в следующий момент приглашения к взаимодействию могут быть продемонстрированы отцом вновь. Ребенок в рамках имеющихся отцовских смен паттернов коммуникации оказывается в ловушке, когда девочка не имеет возможности ни получить то, что ей необходимо (опору и поддержку), ни обрести автономию.

3. В высказываниях отца и его поведении прослеживается особое, исключительное отношение к девочке. Это исключительное отношение выражается в подчеркивании взрослой женской сексуальности у маленькой девочки. Первые проявления этого специфического отношения появились, когда девочке было полгода и продолжаются по сей день (особые подарки, знаки внимания, интонационные и голосовые характеристики ряда высказываний, - соблазняющие, влекущие, обещающие). Символические соблазнения сексуального характера также подвергаются фрустрации, но продолжают воспроизводиться, оставляя ребенка в ситуации дезориентации. Информации о невозможности сексуального контакта между отцом и дочерью не поступает, но и не поступает и противоположной однозначной информации о его возможности, девочка оказывается в ловушке поддразнивания. В свою очередь в данном цикле особую роль на себя принимает мать девочки, в которой отец, напротив, поощряет бесполость и детскость, протестуя против того, чтобы супруга пользовалась косметикой и носила женственную одежду. Данное противопоставление, с одной стороны, удаляет мать от дочери, с другой – формирует между ними соперничество за отца и инверсию ролей (мать становится дочерью, а дочь – фактически – матерью).

Преломление «отцовского» цикла взаимодействия во внутреннем диалоге ребенка:

1. Другой видится как соблазняющий, вовлекающий и в то же время пугающий, опасный, отвергающий, в свою очередь Я ребенка, ищущее поддержки внешней опоры в Другом, испытывает одновременно страх перед Ним и влечение к Нему. Единственный способ «умилостивить» Другого, оказывает ответ на его поощрение взрослой сексуальности, когда Я девочки в контакте с отцом становится подчеркнuto

сексуальным. В этот момент появляется Другой (мать), в котором Я нуждается и одновременно с которым соперничает.

2. В ситуации конфликта с отцом Другой становится отвергающим и фрустрирующим, причиняющим боль, в свою очередь Я ищет способ справиться с этой болью в одиночестве, отвергнутое Другим. Выходом оказывается мазохистическая идентификация с сильным, но фрустрирующим Другим, дающим, тем не менее, силу и иллюзию присутствия. Данный диалог порождает персевераторный паттерн идентификации с агрессором, воспроизводимый девочкой в течение нескольких лет в играх.

Литература

1. Бахтин М.М. «Эстетика словесного творчества» М., 1979.
2. Бурлакова Н.С. Олешкевич В.И. «Проективные методы: теория, практика применения к исследованию личности ребенка. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2001.
3. Выготский Л.С. Психология развития человека. – М.: Изд-во Смысл: Изд-во Эксмо, 2004.
4. Fruzzetti A.E. , Shenk C., Hoffman P.D. \ Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model \ Development and Psychopatology 17, 2005, 1007-1030 \ Cambridge University Press

Взаимосвязь личностных и речевых изменений в процессе восстановления нарушенного речевого общения (на примере семейной групповой логопсихотерапии)

Яковистенко Анастасия Дмитриевна

молодой ученый

Московский городской педагогический университет (Самарский филиал), Самара, Россия

E-mail: adyakovistenko@mail.ru

В отечественной психологии категории «общение», «речь», «личность» рассматриваются во взаимодействии: на протяжении всей жизнедеятельности человека общение является одним из ведущих факторов развития личности; в свою очередь личность, являясь источником общения, вносит в него субъективные и объективные изменения, направляя и изменяя его, добиваясь запланированных результатов (Б.Г.Ананьев, 1980, Л.С.Выготский, 1983, М.И.Лисина, 1986, В.Н.Мясищев, 1995, А.А.Бодалев, 1996, В.А.Лабунская, 2001). Речь принято рассматривать как своеобразную речевую, речемыслительную или текстовую деятельность (Н.И.Жинкин, 1956, А.Н. Леонтьев, 1980, С.Л. Рубинштейн, 1989) и в настоящее время идет активная разработка коммуникативного подхода к анализу речи, заложенного в работах Н.И.Жинкина, А.А.Леонтьева (И.А.Зачесова, Н.Д.Павлова, Т.Н.Ушакова и др.). Развитие речи (как и любой другой психической функции) всегда производно от развития личности в целом и обусловлено им (Л.С.Выготский). Характер речевого поведения, форма и содержание речевой деятельности определяются личностными особенностями говорящего (Н.А.Алмаев, И.А.Зимняя, Н.А.Фомина).

Нарушение соотношения «личность-речь-общение» особо ярко проявляется при логоневрозах (в частности, таком нарушении речи, как заикание, которым страдает 2,5-3% населения). В рамках психологического аспекта изучения логоневроза (И.Ю.Абелева, Л.З.Андропова, Т.А.Болдырева, Ж.М.Глоzman, Б.З.Драпкин, Н.Л.Карпова, Ю.Б.Некрасова, Е.Ю.Рау, В.И.Селиверстов, В.М.Шкловский и др.)

показано, что он создает препятствия не только для свободного речевого общения, но ведет к невротическим расстройствам личности, нарушает ее деятельность на всех уровнях: коммуникативном, интерактивном, перцептивном. Сложность и многоаспектность проблемы взаимовлияния личности и речевого общения при логоневрозе обуславливает междисциплинарный статус ее исследования и вызывает необходимость системного подхода к анализу речевого общения в его взаимосвязи с личностью человека как субъекта и объекта общения, вскрывая общие механизмы личностного развития (Б.С.Братусь).

Для изучения взаимосвязи речевых и личностных характеристик заикающихся мы провели формирующий психолого-педагогический эксперимент в форме семейной групповой логопсихотерапии, основанной на системном подходе к восстановлению нарушенного речевого общения с учетом компенсаторных и гиперкомпенсаторных возможностей личности (Н.Л.Карпова, 1997, 1998). Данная система выстроена на методике групповой логопсихотерапии Ю.Б.Некрасовой (1968, 1992), в основе которой метод эмоционально-стрессовой терапии К.М.Дубровского. В исследовании участвовали дети, подростки и взрослые от 8 до 45 лет с нарушенным речевым общением в форме логоневроза (37 человек), а также их родители и родственники, выпускники логопсихотерапевтических групп (всего 135 человек).

Проведенное исследование позволило выявить взаимосвязь изменений личности и речевого общения и их взаимообусловленность и взаимовлияние в ходе социореабилитационного курса, что проявляется в следующих особенностях:

1. Соотношение речевых и личностных особенностей, связанных с речевым общением, у заикающихся не всегда коррелирует между собой: выявлены 3 основных группы заикающихся со сходным по признаку равнозначности соотношением речевых и личностных нарушений (легкие, средние, тяжелые) и 2 группы по признаку неравнозначности соотношения речевых и личностных проблем - тяжесть личностных проблем, связанных с речевым общением, выше тяжести речевых проблем, либо тяжесть речевых проблем превышает личностные проблемы.

2. Речевые и личностные изменения, происходящие у заикающихся в процессе семейной групповой логопсихотерапии, взаимосвязаны и взаимообусловлены. Ведущими в восстановлении коммуникативно-речевой деятельности являются личностные изменения, связанные с речевым общением.

3. Соотношение личностных и речевых изменений заикающихся имеет свою специфику на каждом этапе социореабилитации: на I (пропедевтическом) ведущая роль принадлежит личностным изменениям, которые подготавливают психологическую почву для дальнейшего личностно-речевого развития; на II этапе (в ходе сеанса эмоционально-стрессовой психотерапии) мотивационно-личностный «взрыв» определяет «рождение новой речи»; на III и IV этапах социореабилитации «выравнивается» значимость личностных и речевых изменений, а затем личностные изменения становятся определяющими в дальнейшей самостоятельной работе над речью.

4. По соотношению динамики речевых и личностных изменений выделены 2 основных группы выпускников семейной логопсихотерапии - успешные и малоуспешные. Успешными являются выпускники не только с высокой личностно-речевой динамикой, у которых произошло восстановление коммуникативно-речевой деятельности, но и те, у которых высокая положительная динамика личностных изменений позволяет компенсировать имеющиеся из-за органических нарушений речевые затруднения. Малоуспешные - это выпускники с низкой динамикой как личностных, так и речевых изменений.

5. Условиями личностно-речевой динамики испытуемых является высокий уровень мотивационной включенности всех участников социореабилитации (заикающихся подростков и взрослых, их родителей и родственников, выпускников предыдущих логопсихотерапевтических групп, руководителей и их помощников), который обеспечивается всем комплексом проводимой работы - в частности, методами библио-, символа-, кинезитерапии с использованием их диагностических возможностей, опорой на компенсаторный фонд личности и формированием разновозрастной группы как «коллективного психотерапевта».

Проведенное исследование восстановления речевого общения, в котором участвовали 37 заикающихся и 98 человек без речевых нарушений, в целом позволяет рассматривать систему семейной групповой логопсихотерапии как модель не только эффективной социореабилитации логоневроза, но и как модель процесса личностно-речевого развития средствами творческого общения, а также позволяет подтвердить общепсихологическое положение о полноценной речевой коммуникации как необходимом условии нормального развития личности.

Литература

1. Братусь Б.С. Аномалии развития личности. - М., 1988. – 304 с.
2. Глозман Ж.М. Общение и здоровье личности: Учеб.пособие для студ.выс.учеб.заведений. – М.: Изд.центр «Академия», 2002. – 208 с.
3. Карпова Н.Л. Мотивационная включенность в деятельность: структура, механизмы, условия формирования. Дисс. ...д.психол.наук. – М., 1998.
4. Карпова Н.Л. Основы личностно-направленной логопсихотерапии: Учебное пособие.- 2-е изд., испр. и доп. - М., 2003. – 200 с.
5. Некрасова Ю.Б. Психологические основы процесса социореабилитации заикающихся. Дисс. в форме научн. докл...д. психол. н. М., 1992.