

ИЗДАТЕЛЬСТВО «АДУКАЦЫЯ І ВЫХАВАННЕ» ПРЕДЛАГАЕТ

СДЕЛАНО В БЕЛАРУСИ. ЗНАК КАЧЕСТВА



В научно-популярном издании, посвященном итогам Года качества в Беларуси, рассказывается о продукции ведущих предприятий в различных отраслях белорусской промышленности, а также о главных достижениях в образовании, медицине и науке. Авторы доступным языком объясняют сложнейшие технологические процессы, применяемые отечественными производителями.

Издание предназначено для детей среднего и старшего школьного возраста, а также для всех, кто интересуется развитием белорусской экономики.

Объем: 288 с.; ил.
Переплет: твердый.
Цена: 35 р.

Книгу можно приобрести:

- в интернет-магазине **pshop.by**;
- в издательстве по адресу: ул. Буденного, 21, г. Минск;
- заказать по телефону: **(017) 322-93-25**.

Республиканское унитарное предприятие «Издательство «Адукацыя і выхаванне»». УНП 100626241.



ДИАЛОГ

психологический и социально-педагогический журнал

Научно-методический журнал

Выходит с января 2013 г.

Периодичность — 1 раз в два месяца

№ 1 (90)
январь —
февраль
2025



Учредитель:
республиканское унитарное предприятие
«Издательство “Адукацыя і выхаванне”»

Свидетельство о государственной регистрации средства массовой информации № 1572 от 28.09.2012,
выдано Министерством информации Республики Беларусь

Главный редактор журнала

Леонид Абрамович ПЕРГАМЕНЩИК,
доктор психологических наук, профессор

Редакционная коллегия:

Н. Л. ПУЗЫРЕВИЧ, ответственный редактор,
кандидат психологических наук; доцент

Т. Н. БУБНЕВИЧ, начальник Центра поддержки
социально-педагогической и психологической
работы кадров образования Минского
областного института развития образования;

И. Е. ВАЛИТОВА, доктор психологических наук,
профессор

Е. В. ЗДОРОВЦОВА, заместитель директора
по учебно-методической работе Гомельского
областного социально-педагогического центра;

О. Ш. ИСМАИЛОВ, кандидат экономических
наук, доцент;

С. И. КОПТЕВА, кандидат психологических
наук, доцент;

Т. И. КРАСНОВА, кандидат психологических
наук, доцент;

Е. Г. ЛИМАНСКАЯ, методист Брестского
областного института развития образования;

И. Н. СЕЛЕЗНЁВА, заведующая кафедрой
педагогики, частных методик и менеджмента
образования Витебского областного института
развития образования;

А. А. ПОЛОННИКОВ, кандидат психологических
наук, доцент;

Ю. Г. ФРОЛОВА, кандидат психологических
наук, доцент

Редакционный совет:

А. И. ЗЕЛЕНКОВ, председатель,
доктор философских наук, профессор;

Н. Н. ВАСЯГИНА, доктор
психологических наук, профессор (РФ);

А. Л. ВЕНГЕР, доктор психологических
наук, профессор (РФ);

Д. Г. ДЬЯКОВ, доктор психологических
наук, доцент;

Н. Т. ЕРЧАК, доктор психологических
наук, профессор;

Е. И. ЗАХАРОВА, доктор
психологических наук, профессор (РФ);

А. С. ЛАПТЕНOK, доктор философских
наук;

А. М. ПОЛЯКОВ, доктор
психологических наук, профессор;

М. И. РОЗЕНОВА, доктор
психологических наук, профессор (РФ);

Е. С. СЛЕПОВИЧ, доктор
психологических наук, профессор;

И. А. ФУРМАНОВ, доктор
психологических наук, профессор;

Е. М. ЧЕРЕПАНОВА, доктор
психологии (США)

Содержание

СОБЫТИЯ. ФАКТЫ. ЛЮДИ

III Международная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы кризисной психологии»	4
---	---

АКАДЕМИЧЕСКИЙ ПОРТАЛ

Л. А. Пергаменщик

Кризисная психология в поисках теоретических оснований своего существования	6
--	---

ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ

Круглый стол «Есть ли кризис в современной отечественной психологии?»	15
--	----

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В НАУКЕ И ПРАКТИКЕ

Р. В. Кадыров

Контузия и посттравматическое стрессовое расстройство ветеранов боевых действий: исследования и практика	29
---	----

СЕМЬЯ

В. И. Слепкова

Три источника эмоционально фокусированной психотерапии: опыт интеграции	39
--	----

И. Е. Валитова

Психологическая поддержка женщины в кризисной ситуации рождения ребенка с нарушением развития	44
--	----

ПРАКТИКУМ ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛА

Е. А. Петражицкая

Фотография как инструмент психологического сопровождения женщин в ситуации перинатальной утраты	55
--	----

Л. А. Вертынская

Самопомощь в кризисной ситуации: как начать помогать самому себе?	64
---	----

ИНФОРМАЦИЯ

Содержание журнала за 2024 год	70
Требования к публикации статей	72

Авторы опубликованных материалов несут ответственность за точность приведенных фактов и цитат. Редакция может печатать материалы в порядке обсуждения, не разделяя точки зрения авторов.

Дорогие авторы и читатели журнала «Диалог»!

Мы рады возможности продолжить с вами наш профессиональный диалог в 2025 году!

На страницах нашего издания вот уже более десяти лет ведущие специалисты в области психологии и социальной педагогики делятся с читателями проверенными разработками по актуальным проблемам современной науки и практики. Надеемся, что и в 2025 году в статьях, опубликованных на страницах издания «Диалог. Психологический и социально-педагогический журнал», будет представлен передовой опыт работы учреждений образования, социально-педагогических и психологических центров, а плодотворная деятельность членов редакционной коллегии и редакционного совета повысит роль журнала в активизации новых идей, проверенных практических находок в учреждениях образования нашей страны.

Значительным достижением 2024 года считаем признание нашего журнала в качестве авторитетного научного издания. Со второго полугодия 2024 года «Диалог. Психологический и социально-педагогический журнал» включен в **Перечень научных изданий Республики Беларусь для опубликования результатов диссертационных исследований по психологическим наукам**.

Дорогие коллеги и друзья! Вы держите в руках первый номер 2025 года — специальный выпуск журнала, посвященный III Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы кризисной психологии». В нем опубликованы материалы некоторых докладов, прозвучавших на пленарных и секционных заседаниях, и круглого стола «Есть ли кризис в современной отечественной психологии?», прошедшего в рамках конференции.

Приглашаем представителей широкой психологической (и не только) общественности продолжить диалог, который состоялся в рамках научно-практической конференции, обсудить темы, затронутые на круглом столе, или оставить свой отклик на страницах нашего журнала.

Редакционная коллегия

III Международная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы кризисной психологии»

19–20 декабря 2024 года прошла III Международная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы кризисной психологии», которая была посвящена 30-летию кризисной психологии в Республике Беларусь.

Конференция стала знаковым событием, ее проведение способствовало профессиональному росту будущих психологов и молодых специалистов, а также осуществлению профессионального диалога кризисных психологов, признанных в психологическом сообществе. В конференции приняли участие 157 ведущих специалистов в области

кризисной психологии из Республики Беларусь, Российской Федерации, Республики Казахстан, Республики Узбекистан. Целью III Международной научно-практической онлайн-конференции «Актуальные проблемы кризисной психологии» стало обсуждение актуальных вопросов и перспективных направлений научно-исследовательской, научно-методической и практической деятельности в области оказания психологической помощи в кризисных ситуациях.

Продуктивное сотрудничество Института психологии БГПУ им. Максима Танка с факультетом психологии



Московского государственного университета им. М. В. Ломоносова, факультетом экстремальной психологии Московского государственного психолого-педагогического университета, факультетом общественного здоровья Тихоокеанского государственного медицинского университета, Институтом психологии Уральского государственного педагогического университета позволило расширить содержательные горизонты обсуждений и дискуссий, а также географические границы участников конференции. Все вышеперечисленные учреждения являлись соорганизаторами III Международной научно-практической конференции в Минске.

На пленарных заседаниях прозвучали пленарные и секционные доклады. В рамках программы «Приглашенный профессор» состоялись три открытые лекции. Также была организована работа 13 мастер-классов по следующим проблемам: психические состояния человека в кризисных (экстремальных) ситуациях и их последствия: критерии и стратегии помощи; проблемы диагностики психического состояния человека

в кризисных (экстремальных) ситуациях; современные подходы в оказании психологической помощи людям в кризисных (экстремальных) ситуациях; самопомощь в кризисных (экстремальных) ситуациях; проблемы социально-психологической адаптации и психологической реабилитации людей, переживших кризисные события; физиологические и медицинские аспекты жизнедеятельности в экстремальных условиях; психологическая помощь семье в кризисных ситуациях; проблемы психологической безопасности образовательной среды; психологическая профилактика суицидального поведения; психология сопровождения онкопациентов.

Значительный интерес у участников конференции вызвала дискуссия, развернувшаяся во время проведения **круглого стола «Есть ли кризис в современной отечественной психологии?»**. На мероприятии состоялось обсуждение докладов, прозвучавших на пленарных заседаниях, были проанализированы результаты и перспективы развития кризисной психологии на пространстве СНГ.



Кризисная психология в поисках теоретических оснований своего существования

Аннотация. В статье рассматривается история поисков теоретических оснований кризисной психологии. Отмечается, что развитие отечественной психологии на базе позитивизма сопровождалось «потерей» человека, заменой души на психику, диалога на монолог. Представлена формула психологии повседневности, теоретические источники и методы исследования. Предлагается рассмотреть психологию повседневности в качестве теоретического основания концепции практики кризисной интервенции, кризисной психологии в целом.

Annotation. The article examines the history of the search for theoretical foundations of crisis psychology. It is noted that the development of domestic psychology based on positivism was accompanied by the «loss» of man, the replacement of the soul with the psyche, dialogue with a monologue. The formula of everyday psychology, theoretical sources and research methods are presented. It is proposed to consider everyday psychology as a theoretical basis for the concept of crisis intervention practice, crisis psychology in general.

Ключевые слова: диалог, душа, психология повседневности, кризисная психология, событие, жизненный путь, переживание, интерпретация, репрезентация.

Keywords: dialogue, soul, psychology of everyday life, crisis psychology, event, life path, experience, interpretation, representation.



Леонид Абрамович ПЕРГАМЕНЩИК,
профессор, доктор
психологических наук,
профессор
кафедры социальной
и семейной психологии
Института психологии
БГПУ им. Максима Танка

В конце 80-х — начале 90-х годов прошлого века автор этих строк возглавил черныбыльское направление в белорусской психологии, которое реализовывало сначала всесоюзную, а затем республиканскую программу «Социально-педагогическая реабилитация детей и подростков, пострадавших от катастрофы на ЧАЭС». В 1993 году в Минске вышел одноименный сборник научных трудов [1], а с 1994 года ежегодно проводилась Международная конференция «Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф» (1994–2001). Белорусские психологи в сотрудничестве с российскими и украинскими коллегами приобретали опыт оказания психологической помощи человеку в посткризисных ситуациях. В 1997 году это направление психологии нами

было обозначено термином «кризисная психология» [2]. Не сразу пришло понимание необходимости выбрать методологическое основание нового направления, которое могло бы объяснять как теорию, так и практику работы психологов по преодолению последствий Чернобыльской катастрофы, по преодолению любых кризисных событий [3].

Ситуация, в которой мы начинали работать, характеризовалась тем, что перед психологами более 50 лет не стояла задача выбора методологической основы психологических исследований, так как методология заранее была определена раз и навсегда, как казалось долгое время. Имя этой методологии «марксизм-ленинизм». К началу 1990-х годов абсолютный диктат марксистской идеологии был слегка нарушен, но не поколеблен. Нам казалось, что мы свободны выбрать любое направление, главное, чтобы оно адекватно отражало и объясняло ту проблему, над которой мы работаем.

Хоть диктат марксистской идеологии был нарушен, но замены не произошло. Мы искали и находили практику оказания помощи, однако не обращали внимания, из какой теории эта практика вышла. Так в отечественную психологию пришел психоанализ, экзистенциальная и гуманистическая психологии, адлеровский и юнговский анализы и т. д. Повторимся: мы не изучали теоретические основы, а ограничивались освоением практики психологической помощи и вмешательства. Возник парадокс: психологическая практика использовала самые различные инструменты из самых различных теорий, а академическая психология продолжала функционировать на базе единственно правильной — марксистской.

Попытка провести рефлекссию состояния психологии. В 1988 году в журнале «Вопросы психологии» прошло обсуждение состояния психологической науки и практики в форме круглого стола под названием «Перестройка психологии: проблемы, пути решения». В четырех номерах 28 ученых и практиков из Москвы, Ленинграда, Киева и еще 8 областных педагогических институтов дали оценку состоянию психологии, причины застоя и пути выхода из него. Дискуссия на страницах журнала представила неприглядную картину состояния советской психологии к моменту начала выполнения «Программы по психологической помощи детям и подросткам, пострадавшим от последствий Чернобыльской катастрофы», которая, если согласиться с рассуждениями авторов статей, была обречена на провал из-за неготовности психологии к практической деятельности.

Рассмотрим резюме трех статей известных психологов.

1. Кандидат психологических наук Е. В. Щедрина отмечает: «На сегодняшний день надо констатировать — психология мало вторгается в реальную жизнь, притом что люди нуждаются в ответе на интересующие их жизненные вопросы» [4]. Утверждение правильное, но очень осторожное, так как в действительности психология за общими словами, инструментарием забыла и не видела человека, у нее другие задачи, к ней предъявляются другие требования. Констатируем мнение автора: **психология недостаточно вторгается в реальную жизнь.**

2. Кандидат психологических наук Л. А. Радзиховский утверждает: «Психология изучает — и уже очень давно — не реальных людей, а некие схемы, которые образуются, к сожалению, не в процессе свободного научного диалога, а путем угадывания, что в данный

момент соответствует тем или иным указаниям “сверху”, тем или иным идеологическим клише. Наши психологические исследования по большей части лежат вне реальной человеческой жизни. Этим и объясняется низкий авторитет нашей психологической науки» [5]. Констатируем мнение автора: **психология изучает не реальных людей, а некие схемы.**

3. Кандидат психологических наук А. У. Харах говорит: «Психология изначально построена на замещении живой действительности абстрактными определениями и условными операциональными “эквивалентами”, которые несут с собой угрозу механистических редукций, засушивающих и затушевывающих сам по себе исследуемый предмет» [6]. Таким образом, **речь идет о механистической редукции, которая затушевывает предмет исследования.**

Итак, три авторитетных московских психолога утверждали, что человек (его жизнь) и наука о человеке (психология) принципиально разделены и не «мешают» друг другу существовать. Действительно, если от психологии оторвать жизнь, то ее функционирование будет проходить бесконфликтно и успешно, что и происходит нередко в академической психологии: защищаются диссертации, пишутся статьи и книги.

Таким образом, на страницах четырех номеров журнала «Вопросы психологии» ученые констатировали: 1) отсутствие новых парадигм в советской психологии; 2) отсутствие дискуссии, диалога внутри психологического сообщества; 3) оторванность советской психологии от мировой; 4) неудовлетворительное состояние практической психологии как в теоретическом, так и в методическом плане; 5) оторванность психологии от реальной жизни.

В Беларуси психологи обратились к необходимости пересмотра

методологических основ практической психологии вообще и кризисной психологии в частности почти десять лет спустя после рассуждений 1988 года.

В статье «Методологические аспекты кризисной психологии» (1997) нами была сделана попытка описать систему понятий, с опорой на которую можно было бы подойти к выбору методологических основ кризисной психологии: событие, жизненный путь, кризис, переживание, событийно-биографический подход [2].

В 2004 году нами было подготовлено методическое пособие «Кризисная психология», в котором была предпринята попытка совместить практику оказания психологической помощи человеку в посткризисной ситуации с пониманием того, что есть человек в ситуации кризиса [7]. Система понятий, представленная в этой публикации, — событие, кризисное событие, жизненный путь, психобиографический подход, психическая травма, переживание, преодоление — укладывалась, по мнению автора, в экзистенциальную психологию. Глава 4 пособия называется «Экзистенциальное направление в психологии и философии как теоретическое основание кризисной психологии» [7, с. 37–50]. Практика психологической помощи приняла и систему понятий, и основные положения экзистенциальной психологии как основу для проведения процедур кризисной интервенции.

А что же академическая психология? Академическая психология не только не изменила позитивистскому принципу существования, но еще укрепилась в необходимости в рамках онтогенеза исследовать большое количество испытуемых (именно такой термин — «испытуемые»), провести процедуры статистического анализа. В результате она пропустила интерпретацию и потеряла человека, который, как отмечал

Р. Лазарус, при встрече с событием индивидуально определяет его опасность, дает оценку, выбирает стратегии преодоления, обращается к социальной сети поддержки.

Почему психология академическая отделилась от психологии практической? Безусловно, психология конца 1980-х годов и психология первой четверти XXI века имеет серьезные различия. К психологам пришла мировая литература, появилась возможность учиться практике оказания психологической помощи в режиме кризисного вмешательства.

Однако этими возможностями психология воспользовалась не в полной мере. Так, современная отечественная психология:

- по-прежнему мало вторгается в реальную жизнь (идея гуманитарной экспертизы принимаемых решений не получила своего развития);
- изучает не реальных людей, а некие схемы (тем более статистика позволяет это делать). То, что сам человек — эксперт своей жизни, психологов не беспокоит. Психолог о себе уважительного мнения, часто «боится» своего испытуемого, редко с ним разговаривает. Соорудив между собой и испытуемым буфер в виде теста, делает выстрелы из засады, по меткому замечанию Х. Томэ [8];
- замещает живую действительность абстрактными определениями и условными операциональными «эквивалентами», которые несут с собой угрозу механистических редукций.

Причины незавершенности перестройки отечественной психологии. Почему перестройка отечественной психологии не завершилась? Вы могли бы заметить, читая соответствующие материалы из четырех

номеров журнала «Вопросы психологии» [4–6; 9], что главное на этих страницах не было проговорено. Никто из авторов круглого стола не коснулся теоретических основ отечественной психологии. Создавалось впечатление, что теоретическая база психологии не собиралась сдавать свои рубежи: позитивистская модель науки в виде ленинской теории отражения продолжала успешно функционировать.

Кроме этого, в отечественной психологии не завершена проработка двух коллективных профессиональных травм. Это постановление ЦК ВКП(б) «О педологических извращениях в системе наркомпроса» (1936) и Павловская сессия (1950). Кроме этих глобальных и губительных вмешательств в профессиональную жизнь психологов, был и ряд частных. Например, закрытие ГАХН — института, который на протяжении десятилетия (1921–1931) объединял вокруг себя цвет отечественной культуры, где ведущую методологическую роль играл Густав Шпет — представитель феноменологии и герменевтики, где трудились психологи Г. И. Челпанов, А. А. Смирнов, Б. М. Теплов, С. С. Четвериков, где читал лекции Л. С. Выготский. Коллективные травмы советской психологии не проработаны, закапсулированы, и мы и сейчас видим их последствия в виде метастазов прежде всего в академической деятельности отечественных психологов и в меньшей степени — в практической.

Непроработанность коллективных травм проявилась в том, что **психология «потеряла» человека, сменила диалог на монолог, душу на психику.**

Причина «пропажи» человека в психологии обнаруживается в выбранной стратегии исследования и непризнании того неопровержимого факта, что между исследованиями вещи и исследованиями человека существуют непреодолимые

границы, поэтому нельзя изучать человека как вещь.

Методологической основой и целью естественно-научного познания является объяснение — выявление сущности познаваемого объекта, его причин и закономерностей развития. То есть естественные науки, которые изучают вещь, пытаются *объяснить* свой объект, тем самым подвести все природные процессы под общие законы, абстрагируясь от всего единичного, уникального как от чего-то несущественного.

Гуманитарные науки, к которым относится психология, напротив, фокусируются на неповторяющихся, уникальных событиях, процессах, поступках, характерах. Иными словами, специфический методологический прием гуманитарных наук — не генерализация, а *конкретизация*.

М. М. Бахтин (вслед за Г. Риккером) обоснованно утверждал, что при познании личности применение генерализации и формализации затруднено, а часто и невозможно, поскольку они оставляют за скобками все, что делает человека человеком, — его личностную неповторимость [10]. Итак, мысль ученого: за обобщением мы теряем человека, к которому уже не удастся вернуться. Поэтому М. М. Бахтин в центр гуманитарной науки предложил поставить не формальный принцип, а *поступок* как единичный и неповторимый акт самовыражения человека. В основу кризисной психологии мы ставим интерпретацию и репрезентацию ситуации, и как итог — «поступление», реализуемое в мысли, слове, переживании.

Таким образом, методологической основой естественно-научного познания является *объяснение* — выявление сущности познаваемого объекта, его причин и закономерностей развития, тогда как гуманитарная наука психология может надеяться на *понимание*.

“

Причина «пропажи» человека в психологии обнаруживается в выбранной стратегии исследования и непризнании того непреложного факта, что между исследованиями вещи и исследованиями человека существуют непреодолимые границы, поэтому нельзя изучать человека как вещь.

”

Замена души на психику, диалога на монолог. Действительно, если чужая душа — потемки, то зачем нам наука, которая будет блуждать в потемках? Лучше поменять предмет психологии, отказаться от познания души — заниматься познанием психики.

Следует отметить, что в познании чужой души мы должны делать акцент не на познании души, а на таком ее освещении, при котором преодолевается чуждость другого (Б. С. Братусь).

Как не процитировать афоризм Мартина Бубера: «Нет “я” самого по себе, есть только “я” основного слова “я-ты”... Есть жизнь с духовными сущностями» [11].

Однако высветить внутренний мир другого человека до предела, превратить все чужое в свое невозможно и не нужно, поскольку у личности нет пределов. Для наук о человеке, где каждый смысл уникален, *полнота понимания* характеризуется *глубиной проникновения* во внутренний мир. То есть для психологии глубина — аналог точности в естественных науках.

Нам трудно принять тезис: психология никогда не станет «точной наукой», так мы как бы расписываемся в ее слабости. Но и не надо надеяться, что эту слабость мы можем устранить какими-нибудь методологическими

приемами (точными методиками). Однако мы должны твердо понимать, что эту слабость мы должны непрерывно перерабатывать напряжением научной воли — в этом сила и гордость психологии как науки.

Психология, конечно, «строгая» (в привычках) наука (напомню, у М. М. Бахтина строгость — аналог глубины), но ее строгость состоит не в искусственной точности математизированного аппарата, но в постоянном интеллектуальном усилии, преодолевающем произвол и высвобождающем возможности человеческого понимания.

Понять другого человека — специфическая задача психологии со специфическими ограничениями: не превращать его в поддающуюся «исчислению» вещь, не отражать собственные эмоции. Причем чем выше будет «строгость» науки психологии, тем вернее она сможет помочь выполнению этой задачи. Психология есть служба понимания — точный тезис Ф. Е. Василюка.

Поскольку, в отличие от науки о вещи (естественно-научное познание), наука о человеке (гуманитарное познание) реализует себя в понимающей парадигме, то и к психологии требования другие. В исследовательской процедуре необходимо иметь как минимум два субъекта, которые вступают в диалог, так как диалог есть единственно возможная форма существования человека. Слова существуют только в столкновении, споре с другими словами, идеи развиваются во взаимодействии с противоположными идеями. Человек может понять самого себя только тогда, когда сумеет посмотреть на себя чужими глазами: «Быть — значит общаться диалогически. Когда диалог кончается — все кончается» [10, с. 280].

Итак, замена души на психику, диалога на монолог завершило победу

в психологии естественно-научного подхода.

Есть ли у современной психологии возможность стать подлинной наукой? В 2003 году Ф. Е. Василюк отвечал на этот вопрос в монографии «Методологический анализ в психологии». У психологии еще есть шанс стать подлинной наукой, для этого ей надо радикально измениться. Это изменение, по глубокому убеждению автора, заложено в генотипе отечественной психологии. Ей, по сути, нужно всего-то стать самой собою, не зарыть свой (именно свой) талант в землю, а пустить его в оборот, реализовать заложенные в ней потенции, из психологии деятельности превратиться в деятельную и *жизненную* психологию [12].

Прошло двадцать лет, и профессор МГУ Е. Е. Соколова, цитируя Ф. Е. Василюка, напишет о том, что требуются новые усилия, чтобы это превращение не прекратилось, иначе на сцене психологии XXI века, говоря словами Ж. Политцера, в качестве действующих лиц останутся все те же отдельные процессы, а сам целостный, действующий и конкретный человек будет окончательно упразднен. Опасность не исчезла — она усилилась [13].

На запрос отечественной психологии стать практической впервые ответила Л. И. Анцыферова в статье, опубликованной в 1993 году в «Психологическом журнале» [14]. Однако статья не была замечена психологическим сообществом. Автор писала, что перед психологией во второй половине XX столетия возникла проблема оказывать помощь человеку в совладании с трудными ситуациями жизненного пути. Но в отечественной психологии вопросы поведения и переживания людей в экстремальных ситуациях не получают своей разработки, не сформировалась

соответствующая система понятий. Итак, чтобы приступить к ответу на запросы жизни, отечественной психологии требовалось предложить новую систему понятий, а если более точно — новую теорию психологии, так как существующие не занимались этой проблемой, не интересовались, и системы понятий, естественно, не было. Но давайте взглянем на текст статьи Л. И. Анцыферовой и определим, через какие понятия возможно рассмотреть эти проблемы, обнаружить психологическую теорию, которая этими понятиями оперирует. Система понятий Л. И. Анцыферовой: жизненный путь, жизненный мир, событие, негативные события, стратегии совладания, переживание, биографический метод, репрезентации, когнитивно-феноменологическая ориентация. Какая же психология (теоретическое направление) могла претендовать на статус «теоретического основания» кризисной психологии? Психология повседневности. Психология повседневности, мы убеждены, имеет полное право выступить в качестве теоретического основания кризисной психологии, о чем и писала по существу (не используя термин «кризисная психология») Л. И. Анцыферова.

Раскроем эти основания. Психология повседневности сформулирована австрийским ученым А. Шюцем, учеником Э. Гуссерля. Она позволяет человеку быть (оставаться) человеком даже в процессе его изучения, потому что в инструментальной диагностической основе психологии повседневности помещен диалог, рамки исследования — психобиографический подход (Х. Томэ); исследуется «реальность, которая *интерпретируется* людьми и имеет для них субъективную значимость в качестве цельного мира» (П. Бергер, Т. Лукман), человек не «теряется», так как внимание психолога-исследователя

обращено на его *субъективные репрезентации жизненного мира*.

Нашли ли мы теоретическое основание для концептуализации кризисной психологии, практики кризисного вмешательства? На этот вопрос мы можем ответить положительно, так как ***субъективные репрезентации жизненного мира человека есть предмет психологии повседневности***, что совпадает с предметом кризисной психологии с уточнением: *репрезентации кризисного мира человека*.

Основные признаки психологии повседневности:

- 1) нет бытия без отношения к этому бытию;
- 2) повседневная жизнь есть реальность, которая интерпретируется;
- 3) единица измерения в повседневной психологии есть событие, которое переживается и интерпретируется;
- 4) мир человека изменчив и неопределен и требует активности совладания;
- 5) есть возможность восстановить жизненную повседневную идентичность и целостность жизненного пути;
- 6) уровень повседневности — это уровень привычной жизнедеятельности, изучение которого обозначается понятием человека как субъекта деятельности;
- 7) внимание не к отдельным чертам и свойствам личности, а к ее интегральным характеристикам, таким как понятие стиля или опыта жизни.

Надо признать, что каждый пункт требует расширенной интерпретации, однако сделать это в рамках одной публикации невозможно.

Точки пересечения психологии повседневности кризисной психологии.

Смысл и интерпретация событий. Как человек интерпретирует свои переживания и придает смысл происходящему? В психологии повседневности люди осмысливают свои действия

и взаимодействия в рутинных ситуациях — цель поддержать идентичность. В кризисной психологии — кризисы разрушают привычный жизненный мир и требуют переосмысления себя, своей нарушенной идентичности и реальности существования.

Интерсубъективность и социальная поддержка. Отмечается важность социального взаимодействия и коллективных смыслов: в психологии повседневности каждый человек существует в социально-структурированном мире, где типизация и роли упрощают взаимодействия и обеспечивают предсказуемость. Кризисная психология идет дальше и рассматривает другого как социальную поддержку — важнейший фактор преодоления кризиса. Другими словами, интерсубъективные связи — ресурсы для восстановления идентичности.

Роль адаптации и сопротивление изменениям. Психология повседневности включает анализ адаптивных механизмов, которые помогают людям поддерживать стабильность и комфорт в повседневной жизни. Кризисная психология исследует механизмы адаптации в условиях нарушения стабильности и возникновения стресса.

Повседневные стратегии преодоления выступают как личностные ресурсы в повседневности и позволяют сохранить ощущение контроля и стабильности, что особенно важно в условиях кризисного события.

Концепция жизненного мира и нарушение его целостности. Для психологии повседневности мир структурирован и предсказуем, в нем «я» находит свое место и опирается на устойчивые культурные и социальные элементы. Кризис вынуждает человека пересматривать свою картину мира и искать новые способы восстановления внутренней целостности.

Восстановление идентичности после кризиса. Психология повседневности поддерживает стабильную идентичность через рутинные практики и привычные действия. Кризисная психология рассматривает идентичность в динамике, где важной задачей становится восстановление и пересборка идентичности после нарушающего события, предлагает средства для нормальности или возвращения к новой форме нормальности (посттравматический рост).

Экзистенциальное измерение. Обе дисциплины пересекаются в экзистенциальных аспектах: осознание конечности жизни, смысла существования и выбора. Если психология повседневности предлагает взглянуть на то, как люди находят смысл в рутинных аспектах жизни, избегая экзистенциальных тревог посредством привычных действий и закрепленных ритуалов, то кризисная психология сталкивает человека с экзистенциальными вопросами в ситуациях, где рутина больше не помогает и где возникает потребность в новом понимании и в экзистенциальном росте.

Итак, теоретическими источниками психологии повседневности служат идеи Э. Гуссерля, А. Шюца, Н. Элиаса, К. Гегена, Х. Томэ, Г. Шпета, этнометодологии Г. Гарфинкеля и интерпретативной антропологии К. Гирца. Основными исследовательскими методами в психологии повседневности и в кризисной психологии являются интервью (феноменологическое, нарративное, полуструктурированное), герменевтический анализ источников, интерпретация символических форм (слов, образов, поступков), case studies, включенное наблюдение, изучение фокус-групп и биографий.

СПИСОК ЦИТИРОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Социально-педагогическая реабилитация детей и подростков, пострадавших от катастрофы на ЧАЭС : сб. науч. трудов. — Минск, 1993. — 112 с.
2. Пергаменщик, Л. А. Методологические аспекты кризисной психологии / Л. А. Пергаменщик // Кризисные события и психологические проблемы человека ; под ред. Л. А. Пергаменщика. — Минск : НИО, 1997. — 207 с.
3. Пергаменщик, Л. А. По следам истории создания и развития кризисной психологии в Беларуси / Л. А. Пергаменщик // Адукацыя і выхаванне. — 2022. — № 17. — С. 65–71.
4. Перестройка психологии: проблемы, пути решения (круглый стол) // Вопросы психологии. — 1988. — № 1. — С. 5–15.
5. Перестройка психологии: проблемы, пути решения (круглый стол) // Вопросы психологии. — 1988. — № 2 — С. 5–19.
6. Перестройка психологии: проблемы, пути решения (круглый стол) // Вопросы психологии. — 1988. — № 3. — С. 5–21.
7. Пергаменщик, Л. А. Кризисная психология : учеб. пособие / Л. А. Пергаменщик. — Минск : Вышэйшая школа, 2004. — 239 с.
8. Thomae, H. Das Individuum und seine Welt: Eine Persönlichkeitstheorie 2, völlig neu bearbeitete Auflage / H. Thomae. — 3rd, expanded and improved edition. — Göttingen : Verlag für Psychologie Hogrefe, 1996. — 272 p.
9. Перестройка психологии: проблемы, пути решения (круглый стол) // Вопросы психологии. — 1988. — № 4. — С. 6–15.
10. Бахтин, М. М. Эстетика словесного творчества / М. М. Бахтин. — 2-е изд. — М. : Искусство, 1986. — 445 с.
11. Бубер, М. Два образа веры / М. Бубер. — М. : АСТ, 1999. — 592 с.
12. Василюк, Ф. Е. Методологический анализ в психологии / Ф. Е. Василюк. — М. : МГППУ, Смысл, 2003. — 240 с.
13. Соколова, Е. Е. О психотехническом характере исследований школы А. Н. Леонтьева 1940-х гг. / Е. Е. Соколова // Культурно-историческая психология. — 2024. — Т. 20, № 3. — С. 109–118.
14. Анцыферова, Л. И. Психология повседневности: жизненный мир личности и «техники» ее бытия / Л. И. Анцыферова // Психологический журнал. — 1993. — Т. 14, № 2 (март–апрель). — С. 3–17.

Материал поступил в редакцию 03.01.2025.

АВТОРАМ

Предоставляя материалы для публикации в журнале, авторы тем самым передают издателю неисключительные имущественные права на воспроизведение, распространение, сообщение для всеобщего сведения и иные всевозможные способы использования произведения (в том числе в электронной версии журнала) без ограничения территории распространения, а также дают согласие на обработку персональных данных.

С 01.01.2023, в соответствии с изменениями в налоговом законодательстве, организации обязаны подавать сведения обо всех доходах физических лиц. В связи с этим издательство «Адукацыя і выхаванне» будет подавать сведения о доходах авторов в налоговую инспекцию сразу при начислении гонорара — независимо от факта получения денежных средств на руки (чаще всего вознаграждение отправляется по почте, а это занимает некоторое время).

Если автор не согласен с такими условиями, он имеет право отказаться от гонорара. Для этого вместе с материалом для публикации он отправляет в редакцию соответствующее заявление. Скачать его можно на сайте издательства.

Круглый стол «Есть ли кризис в современной отечественной психологии?»

Материал выходит под научной редакцией доктора психологических наук, профессора **Л. А. Пергаменщика** и кандидата психологических наук, доцента **А. А. Полонникова**.

*Редакционная коллегия выражает благодарность **Наталии Леонидовне Пузыревич**, заведующей кафедрой социальной и семейной психологии Института психологии БГПУ, кандидату психологических наук, и **Наталии Александровне Толочко**, магистранту кафедры социальной и семейной психологии Института психологии БГПУ, за подготовку материалов круглого стола к публикации.*

На круглом столе обсуждались следующие вопросы: 1) актуальное положение дел в практической, прежде всего кризисной, психологии; 2) состояние научно-образовательной ситуации, сложившейся в восточно-европейском регионе; 3) подготовка будущих психологов-практиков.

Ведущий: Леонид Абрамович Пергаменщик, профессор кафедры социальной и семейной психологии Института психологии БГПУ им. Максима Танка, доктор психологических наук, профессор.

Спикеры: Александр Андреевич Полонников, доцент кафедры психологии образования и развития личности Института психологии БГПУ, кандидат психологических наук, доцент; **Лидия Александровна Вертынская**, старший преподаватель кафедры социальной и семейной психологии Института психологии БГПУ; **Сергей Алексеевич**

Янгибаев, практикующий психолог, аспирант кафедры социальной и семейной психологии Института психологии БГПУ.

Участники: Руслан Васитович Кадыров, заведующий кафедрой общепсихологических дисциплин факультета общественного здоровья Тихоокеанского государственного медицинского университета, кандидат психологических наук, доцент; **Надежда Владимировна Ключева**, заведующая кафедрой консультационной психологии, руководитель Психологической службы Ярославского государственного университета им. П. Г. Демидова, доктор психологических наук, профессор; **Михаил Александрович Дыгун**, доцент кафедры психологии и социальной педагогики Мозырского государственного педагогического университета им. И. П. Шамякина, кандидат психологических наук, доцент, практикующий психолог; **Владимир Владимирович Загребин**, доцент кафедры социологии Ярославского госу-

дарственного университета им. П. Г. Демидова, кандидат социологических наук, доцент; **Валентина Ивановна Слепкова**, доцент кафедры социальной и семейной психологии Института психологии БГПУ им. Максима Танка, кандидат психологических наук, доцент; **Сергей Владимирович Кирпич**, кандидат технических наук, доцент; **Марина Ивановна Розенова**, профессор кафедры научных основ экстремальной психологии факультета экстремальной психологии Московского государственного психолого-педагогического университета, доктор психологических наук, профессор; **Наталья Леонидовна Пузыревич**, заведующая кафедрой социальной и семейной психологии Института психологии БГПУ им. Максима Танка, кандидат психологических наук; **Наталья Александровна Толлочко**, магистрант кафедры социальной и семейной психологии Института психологии БГПУ им. Максима Танка; **Валерия Боровко**, студентка IV курса Института психологии БГПУ им. Максима Танка; **Екатерина Ивановна Лебедева**, старший преподаватель кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета; **Ольга Владимировна Фельсендорфф**, старший преподаватель кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета, кандидат психологических наук; **Виктория Алексеевна Евграфова**, ассистент кафедры консультационной психологии, специалист психологической службы Ярославского государственного университета им. П. Г. Демидова; **Евгения Александровна Серова**, доцент кафедры социальных технологий Ярославского государственного университета

им. П. Г. Демидова, кандидат социологических наук.

Л. А. Пергаменщик. В моем докладе, прозвучавшем на пленарном заседании, было поставлено больше вопросов, нежели ответов, и эти вопросы требуют расширенного обсуждения. Центральный из них — основания кризисной психологии. И это тема сегодняшней нашей дискуссии. И, возможно, среди вопросов об основаниях — то, с чего должна начинаться вообще любая психология: что есть человек?

А. А. Полонников. Уважаемый выступающий в своем докладе затронул один очень важный вопрос, связанный с трактовкой кризиса. На нашей конференции кризис часто выступал как некая самоочевидная вещь, связанная с травмой, с переживанием человеком каких-то жизненных событий, вещь, не требующая дополнительных интерпретативных усилий. Так, например, в пленарном сообщении коллеги из Владивостока Руслана Васитовича Кадырова говорилось о жизненных кризисах участников вооруженных конфликтов, о военных травмах, с которыми психологу сегодня приходится работать и в понимании которых доминируют психические коннотации. Тут логика простая и в каком-то смысле реактивная. Другое дело — понимание кризиса в социокультурном залоге, периодически звучавшее в конференц-зале. Его уместно выразить словами профессора МГУ Александра Григорьевича Асмолова: «Человек психически здоров, но личностно болен». В этом случае, как мне представляется, содержание кризиса высоко коррелирует с тем, что происходит в культуре и социуме. На это, в частности, указывала профессор московского психолого-педагогического университета Марина Ивановна

Розенова. В своем пленарном докладе она использовала такой маркер кризиса, как «кризис идентичности». Если я ее правильно понял, то последний сообразовывался ею с новым культурным положением человека, культурной динамикой, лишаящей индивида ориентационных опор. Эта ситуация, в которой сложно, а порой и невозможно действовать. Человеческое «я» оказывается в зоне турбулентности, затрудненности самоописания, пусть и не напрямую, но зависимое от социальных категоризаций. В этих условиях, как заметил когда-то Мераб Мамардашвили¹, человек может иметь социальный статус при отсутствии личностной структуры.

И в этом смысле можно понимать и кризис. То есть личность возможна тогда, когда есть от чего оттолкнуться, — основание, на котором можно себя выделить из общего как нечто особенное, переработав, естественно, и организовав в каком-то собственном специфическом порядке. А психолог? Он вовне этой ситуации? Он не вовлечен в такого рода социокультурный кризис? И как ему тогда действовать? Ведь и психолог, и его визави — тот, с кем он работает, находятся в переживаемой ими обоими экзистенциальной кризисной ситуации, ситуации «антропологического кризиса». В докладе Леонида Абрамовича выражалась надежда на то, что основанием психологии в условиях антропологической проблематичности может стать один из вариантов современной феноменологии. В ней спасение?

Л. А. Пергаменщик. Пожалуй, Вы интерпретируете сверх меры. О спасении речи не было.

А. А. Полонников. Согласен. Я пытаюсь работать «в тени» Вашего

высказывания, говорю о том, чего Вы не сказали, но что могло быть Вами сказано. Ибо уже сама постановка вопроса об основаниях говорит о том, что эти основания неясны.

С. А. Янгibaев. Я думаю, что слишком ясны. Особенно в своей неадекватности. Например, в случае жесткой приверженности психологов схемам, доведенным до абсурда, о которых говорил в своем докладе Леонид Абрамович. Тогда схема в сознании психолога замещает человека и, действительно, происходит кризис столкновения с реальностью.

Р. В. Кадыров. У меня сложилось впечатление, что мы возвращаемся к тезису о том, что психология — это не наука. В ней столько определений, столько понятий, столько способов действия и взаимодействия. Вот попробуйте в химии, например, ввести какое-нибудь новое определение... А мы даже сейчас пытаемся рассуждать, условно разделяя психику и личность человека. И что можно представить в качестве целостности: сознание, поведение, какие-то процессы? Или жизненный путь человека?

С. А. Янгibaев. В феноменологии есть на это ответ. Он строится на том, чтобы обозначать человека всегда как нечто большее, чем наше описание, представление о нем.

Н. В. Ключева. А я принципиально не согласна, когда мы говорим о каких-то схемах. Если мы обращаемся к практическому психологу, умеющему рефлексировать свой опыт и каким-то образом его концептуализировать, там точно про схемы не может быть разговора.

С. А. Янгibaев. Но кризис как раз таки и связан с тем, что, несмотря на

¹ Мераб Константинович Мамардашвили (1930–1990) — советский философ экзистенциально-феноменологической ориентации.

то что современное общество говорит о ценности свободы, о том, что у людей есть свобода выбора и так далее, психология, а тем более психотерапия, стремятся к методичности, действию по единому алгоритму. Это же есть и в рекомендациях ВОЗ по работе в психотерапии с травмой. Стремление к подведению под общий знаменатель все время присутствует.

Р. В. Кадыров. Возможно, проблема связана вот с чем. Если мы говорим про практику, ВОЗ и так далее, то там есть понятие «диагноз». Клиническая психология, зарубежная психотерапия с нормой вообще не работает. Сначала идет постановка диагноза, а потом — квалификация и подбор методов. Выбирается наиболее эффективный из них. Поэтому у них психотерапия стрессовая. Там, пока вам диагноз не поставят, вы страховую помощь не получите, ее не оплатят. Рамки практики созданы самой социальной системой и культурой.

Н. В. Ключева. А мне здесь такая идея видится: никогда не сойдутся разные подходы. И полипарадигмы, и теории, о чем Леонид Абрамович говорил, часто несоизмеримы. Психоанализ — своя мировоззренческая идея, бихевиоризм — своя. Однако в практике я буду использовать все что угодно, лишь бы клиент выздоравливал.

Р. В. Кадыров. Я вернусь к когнитивно-поведенческой терапии, о которой я уже говорил в докладе. Почему была доказана ее эффективность, коллеги? Потому что есть протокол. Как без протокола доказать эффективность? Иначе это просто творческая мастерская психолога, а значит, и полный произвол. Это как раз то, что западный мир отверг.

Н. В. Ключева. Я думаю, что и у них все сложнее. Эффективность определяется и подходом. В одном случае

эффективность прямо связывается со статистикой, в других, качественных, подходах — с рефлексивным анализом. Очевидно расхождение практики и науки. Что и обнаруживается при легитимации диссертационных исследований. Качественной методологии в легитимации, как правило, отказывают.

Л. А. Пергаменщик. Одну секундочку. Я хочу еще раз повторить один из своих тезисов — психология должна работать с человеком. В основе практики должен быть человек! Я думаю, что эффективность любого направления определяется не столько тем, насколько правильно действует или не действует психолог, а тем, как он относится к тому, кто к нему пришел. То есть все дело в личности психолога! Именно поэтому я не возражаю против любого направления, лишь бы оно удерживало в фокусе внимания человека в первую очередь, и лишь во вторую — инструменты. И второй тезис: как только мы начинаем диагностировать личность нашими замечательными тестами, мы элиминируем человека. Он становится нам неинтересен. И диссертацию мы защитим, когда будет пятьдесят или сто испытуемых. Конечно, лучше, чтобы была тысяча. Но все это уже не психология.

М. А. Дыгун. Я, пожалуй, соглашусь с Александром Андреевичем в трактовке кризиса как антропологического, культурного. В таком случае вопрос об основаниях становится принципиально открытым. Причем это касается и исследований в области психологии, и психологических практик.

А. А. Полонников. Для профессиональной психологии любое решение, как мне представляется, обусловлено концептуальным контекстом. Этим она и отличается от обывденного психологического опыта, в котором

действуют имплицитные теории. Диагноз не ставится с повседневной точки зрения. И позиция психолога конструируется в зависимости от подхода.

Р. В. Кадыров. Если говорить о концептуальной рамке в психотерапии, мы не работаем с клиентом с точки зрения диагноза. Даже я как клинический психолог могу сказать, что диагнозом не занимаюсь. Но сбор анамнеза, история жизни — это то, с чего начинается работа. Только потом у меня возникает гипотеза о состоянии моего клиента. Тогда я как клинический психолог, владеющий диагностикой, могу либо сам приступить к работе с клиентом, либо направить его к специалисту, например медицинскому психологу.

Л. А. Пергаменщик. Прежде чем что-то делать, надо понять, кто человек, с которым ты имеешь дело. Белорусские психологи хорошо знают, что есть такая международная концепция BASIC Ph. Обычно спрашивают: «Ты BASIC Ph знаешь?» Если знаешь, то дальше можно разговаривать. Согласно этой концепции кризисное вмешательство соотнобразуется с выяснением содержания опыта обратившегося за помощью человека. А у каждого есть свой опыт преодоления жизненных сложностей, способов саморегуляции и самореабилитации. И кризисный психолог работает не с тем, что он хорошо знает из протоколов и методичек, а с тем, что нуждающийся в помощи человек может сам. Поэтому когнитивно-поведенческая терапия работает на 10 % пострадавших, а еще на 10 % — экзистенциальный подход, на 10 % — юнгианский подход, и так далее. Кризисный психолог не имеет права априори знать, он должен слушать и анализировать то, что исходит от пострадавшего. И это может объяснить неэффективность того или иного подхода в кризисной практике.

Н. В. Ключева. Понятно. Не с методом мы идем, а к клиенту.

А. А. Полонников. Мне кажется, что в вопросе оснований следует все же различить: одно дело — восприятие ситуации обратившегося к психологу человека, а другое — ее интерпретация, определение. Здесь на ум приходит теорема Томаса: «То, как мы определяем реальность, реально по своим следствиям». Да и в любом случае любая интерпретация ситуации, события, человека — не вне культуры, не вне подхода. Психолог не может получить профессиональную картину события, если не определится с подходом, в котором работает.

Н. В. Ключева. Леонид Абрамович четко различил то, что относится к гипотезе, схеме описания и объяснению того, что происходит, исходя из данной схемы. Понимание — принципиально другая вещь. Это когда я способствую исследованию клиентом собственной реальности, обнаружению им смысла произошедшего события, его контекста. И здесь, мне кажется, важно умение отойти от собственной интерпретации кризисного события.

С. А. Янгибаев. Но в феноменологии есть четкие критерии: интерпретация — это как раз насилие над человеком. Любое понимание человека — это наша власть над ним. И, соответственно, если мы объясняем, понимаем и интерпретируем — это наша власть над человеком.

В. В. Загребин. Я социолог, но обсуждаемые вопросы меня заинтересовали. Это вопросы об обществе, культуре, науке. Вот, например, вопрос о кризисной психологии как науке. Предлагаете движение от человека. Это прекрасно, но это только для практики. Если речь идет о научении человечности, то это уже не наука. Поэтому говорить о человечности в связи с наукой достаточно проблематично. Одно дело

наука, исследование, другое — применение ее результатов.

Л. А. Пергаменщик. Очень хорошее замечание. Я согласен с Вами. Есть практика: надо помогать человеку. Есть наука, которая пытается понять: что этот человек значит. Это отражено и в том словаре, которым мы, кризисные психологи, пользуемся. Мы обращаемся к понятиям «переживание», «преодоление», «биография». Мы всегда начинаем с анамнеза, даже рисуем с обратившимся к нам человеком: расскажи, что было в твоей жизни? И это важные для моего понимания слова. И когда я над ними размышляю, у меня возникает вопрос: а есть ли какая-то академическая психология, которая с такого рода словами работает? Понимаете? Мне Людмила Ивановна Анцыферова² еще в 1993 году сказала: «Это психология повседневности». Ей уже тогда это было понятно. И вот прошло 30 лет. Что изменилось в нашей психологической науке и психологической подготовке? А ведь в кризисной практике имеет значение не столько само по себе человеческое переживание, сколько то, как человек переживает, как относится к тому, что переживает. Мы не работаем так, как бихевиористы или исследователи-когнитивисты, превращая человека в объект изучения. Я говорю о феноменологии не потому, что она мне нравится, а потому, что она человечна. Вот почему мы на кафедре социальной и семейной психологии открыли семинар по социальной феноменологии, читаем Шюца³. Очень

сложно. На последнем семинаре за два часа прочли лишь небольшой абзац, разбираясь, о чем идет речь. Правда, Дмитрий Сергеевич Лихачев вспоминал, что когда он учился в университете, то они год читали несколько строчек «Медного всадника» Пушкина. Легкого пути на поприще психологии ждать не приходится. Вообще, я думаю, что психология — это такая наука, которая не для того, чтобы ее выучить, а для того, чтобы учить.

М. А. Дыгун. Леонид Абрамович, в этой связи у меня возникла такая мысль. Мне близок экзистенциальный подход в том плане, что он отказывается от построения универсальной экзистенциальной теории и связанной с ней позицией универсального экзистенциального психотерапевта. Психолог каждый раз создает свою уникальную экзистенциальную ситуацию. И вот здесь есть возможность видения реального человека, переживания его состояния, а с другой стороны, не исключен и риск недопонимания другого, неадекватности в оказании помощи.

Л. А. Пергаменщик. Психология — наука рискованная. Любая встреча — проблема. Это при тестировании или анкетировании, обработке данных риск минимален.

А. А. Полонников. Но тогда можно еще раз поставить вопрос о научности психологии. В каком смысле это наука?

Л. А. Пергаменщик. Аверинцев⁴ считал, что психология не наука. Это «инонаука», как он ее называл.

² Людмила Ивановна Анцыферова (1924–2013) — российский психолог, специалист в области методологии, теории и истории психологии, психологии развития и геронтопсихологии, автор фундаментальных работ по психологии мышления и психологии личности.

³ Альфред Шюц (1899–1959) — австрийский и американский социолог, социальный психолог, последователь Э. Гуссерля, один из основоположников феноменологической социологии и понимающей психологии.

⁴ Сергей Сергеевич Аверинцев (1937–2004) — российский филолог, культуролог, историк культуры, философ, литературовед, переводчик.

М. А. Дыгун. В смысле и наука, и искусство, и что-то еще, да?

Л. А. Пергаменщик. Вообще, конечно, название важно, но не принципиально. Если скажем, что это не наука, то кто нас в приличное общество впустит? И диссертацию тогда попробуй защитить.

Р. В. Кадыров. А можно попросить еще раз осветить вопрос? Мы, вообще, что обсуждаем сейчас? Как вопрос звучит?

А. А. Полонников. Вопрос был поставлен Леонидом Абрамовичем как проблема оснований кризисной психологии. А я бы его еще и усилил: об обосновании оснований. Прозвучал сильный тезис, связанный с тем, что психолог должен иметь дело не с безликой формой, а с человеком. Но что это значит — иметь дело с человеком?

Л. А. Пергаменщик. Понимаете, когда я говорю о человеке, то я всегда подразумеваю диалог с другим. Протокол вторичен, подчинен динамике нашего взаимодействия и может быть в ходе его радикально изменен.

В. И. Слепкова. Мне кажется, что в обсуждении мы все еще не определились с одним первоначальным понятием — кризисом.

Л. А. Вертынская. Ну, пока очевидно, что в основном у нас доминирует тема методологического кризиса. Помните, как у Выготского в «Историческом смысле психологического кризиса»: «Камень, который презрели строители, стал во главу угла. И камень тот — философия и практика». Значит ли это, что методологический кризис, о котором писал Выготский в 1927 году, так до сих пор не преодолен? Или это другой кризис, другой по форме и по содержанию?

А. А. Полонников. С той точки зрения, которую я здесь отстаиваю,

в психологии нет никакого кризиса. Кризис — это структура интерпретации. Или, как писал Поль де Ман⁵ в «Слепоте и прозрении», кризис существует для того, кто говорит на языке кризиса. То есть кризис — специфическая символическая конструкция, дискурсивное образование, которое только и существует, пока (и до тех пор) поддерживается кризисным сообществом. Говорить о кризисе в психологии по аналогии с кризисом организма или экономики в объективных терминах опрометчиво. Кризис предполагает кризисного субъекта, неудовлетворенного существующим статус-кво. Если бы мы сейчас опросили, например, представителей белорусской психологии на предмет существования в ней кризиса, то многие посмотрели бы на нас с недоумением. С этой точки зрения вопрос о кризисе — вопрос самореферентности, прозрачности нас самих для нас самих. Мы же в контексте культуры. Так или иначе определяя человека, мы вносим в его определение наше понимание, наши ценности, наше самоопределение. Мы действуем и пытаемся создать тем самым значимую для нас ситуацию, даже если мы это в полной мере не осознаем. Это я склонен называть практикой, и ее реализация соотносится с нашим конструктивным действием, жизнеутверждающим дискурсом. В этом деле мы сталкиваемся с противодействием, попытками других акторов утверждать свои смыслы и ценности. Мы склонны их описывать в терминах негаций.

Л. А. Пергаменщик. Я хочу еще один тезис обозначить. Мы (Леонид Абрамович и Валентина Ивановна — *Прим. ред.*) философы по образованию. Но философы, знаете, не очень грамотные. Почему? Мы в университете

⁵ Поль де Ман (1919–1983) — бельгийский философ и литературный критик, писатель.

двадцатый век развития философской мысли не изучали, останавливались где-то на Гегеле, Канте. Словом, немецкой классике. А по Канту, как вы, вероятно, знаете, мир создается человеком в процессе его познания. Обратите внимание: до нас нет ни человека, ни нас, пока мы не начали процесс познания. И кризиса как познавательной конструкции тоже нет, если он в таком качестве не осознается. Почему? Вот феноменолог Ричард Лазарус⁶ как считает? Человек встречается с событием, воспринимает его, оценивает, говорит: «Нет, то не кризис». А другой в такой же, как кажется, ситуации утверждает: «Кризис». Понимаете? Вот феноменологический подход. Кризиса нет как объективного понятия, это диспозиционное отношение. Мы с Валентиной Ивановной наблюдали, когда работали с одной студенческой группой, разность психологического отношения членов этой группы к одному и тому же трагическому событию. Одни девушки плакали, некоторые падали в обморок, другие вели себя отчужденно, не испытывали никакого дискомфорта. В этой работе для нас было важно все: и то, как событие переживается его участниками, и их отношение к нему, и способ выражения этого отношения, его репрезентация. Вот это и есть в моем понимании феноменология.

Л. А. Вертынская. Мне кажется, что такое видение характерно как раз для феноменолога. Возьмем для примера позицию Хосе Ортеги-и-Гассета. В своей работе «Немного о феноменологии» он описывает восприятие группой людей смерти, происходящей на их глазах. Перескажу близко к тексту. Умирает человек. У его постели жена, два друга,

газетчик, которого к этому смертному одру привел долг службы, и художник, оказавшийся здесь случайно. Одно и то же событие — агония человека — для каждого из этих людей видится со своей точки зрения. И эти точки зрения столь различны, что едва ли у них есть что-нибудь общее. Разница между тем, как воспринимает происходящее убитая горем женщина и беспристрастно наблюдающий эту сцену художник, такова, что они, можно сказать, существуют при двух совершенно различных событиях.

Н. В. Ключева. Феноменолог работает со смыслами!

С. А. Янгибаев. Или с их невыраженностью, с невысказанным, с молчанием, с паралингвистическими проявлениями.

Н. В. Ключева. По философским основаниям мы, психологи, — субъективные идеалисты. Другого ничего нет — это база, на которой мы работаем. Я на конференции представляю Ярославскую психологическую школу. Хочу подарить вашему институту книгу по методологии структуры и сущности субъективной реальности. Ее научный редактор — Анатолий Викторович Карпов, наш декан, — отмечает, что динамика практической психологии ведет к нарастанию противоречий ее и научных знаний. Последние по большому счету не обеспечивают кризисное консультирование, так как классическая наука не способна работать с индивидуальными реальностями, с пониманием, эмпатией, терапевтическими отношениями в целом. Как этому можно научить?

С. А. Янгибаев. С помощью литературы, искусства, музыки. Причем не просто смотреть или читать, что-то с этим делать.

⁶ Ричард Лазарус (1922–2002) — американский психолог, специалист в области психологии личности и психологического здоровья.

Н. В. Ключева. Да, это очень интересная тема — обучение. И там ведь тоже кризис. Наши студенты сидят за партами, разделяют человека на восприятие, память, внимание, думая, что личность так и устроена. Приходя в магистратуру по консультированию, они говорят: «Испытуемый...». Я им в ответ: «У нас не испытуемый, у нас — человек». И это перестраивает их сознание.

С. А. Янгибаев. А засилье популярной психологии? Люди сами себе ставят диагноз: «Я — нарцисс!», полагая, что этим он все прояснил. А на деле просто заблокировал процесс. И психолог нередко аккомпанирует этой риторике, к сожалению.

Р. В. Кадыров. Коллеги, мы уходим в другую сторону! Давайте вернемся к тезису Леонида Абрамовича о кризисе. Ведь не всякая ситуация может определяться как кризисная. Смерть близкого у одного, возможно, вызовет кризис, у другого — серьезное переживание, у третьего — парадокс осознания. Или, например, ситуация экстремальности — угроза жизни. Но почему-то находящиеся в ней пять человек по-разному к ней отнесутся. Значит, психика реагирует на какие-то объективные показатели. Поэтому нет травмирующих ситуаций, нет кризисных ситуаций. Есть ситуации, которые могут привести к травматизации, кризису с какой-то большей вероятностью. И мне кажется, этот тезис очень важный.

Л. А. Пергаменщик. У китайцев: «Кризис — это опасный жизни шанс». В этих трех словах — весь смысл: во-первых, есть жизнь, в жизни бывают опасности, и дальше идет шанс. Шанс чего? В кризисной психологии, в теории посттравматического стресса одни говорят «стресс», а другие — «рост». Почему это происходит?

А. А. Полонников. Если вернуться к теме кризиса, то кризис, несомненно, есть, что объясняет интерес присутствующих к теме нашего круглого стола и некоторую наблюдаемую нами эмоциональность.

В. И. Слепкова. Где и какой кризис? Поясните.

А. А. Полонников. Какой угодно! Его индикатором выступает наша чувственная реакция, которую можно описать как ощущение «нетаковости». Мы еще не знаем, чем оно вызвано, в чем его содержание, однако то, что что-то не так, схватывается нами в переживании. Вот это «не так» — уже и есть кризис.

В. В. Загребин. Это уже и есть кризис?

А. А. Полонников. Да. На субъективном уровне это уже кризис. Он не вовне, хотя потом может быть атрибутирован внешним обстоятельством, но изначально он нам дан, например, чувством тревоги. Но он может быть символизирован и, став конвенцией, приобрести статус объективной реальности.

Р. В. Кадыров. А бывает, что человек всю жизнь живет и у него не возникает ощущения кризиса?

А. А. Полонников. Наверное, бывает.

Л. А. Пергаменщик. Не знаю, я такого не встречал.

А. А. Полонников. Чисто теоретически можно представить. Бескризисное адамическое существо гуляет по райскому саду — и ничего в голову не берет. Хотя в культуре наличествует достаточно много способов травмирования индивида, внушения ему внутреннего беспокойства. Например, вменения верующим сознания «первородного греха». Но при обсуждении оснований кризисной психологии, как мне представляется, важно учитывать еще одно соображение. Как жителям повседневности нам неведомо беспокойство

по поводу кризиса в психологии в той или иной редакции. Другое дело — наши переживания с профессиональной позиции. Чтобы эти переживания возникли, нам необходимо покинуть повседневную территорию и оказаться в символическом (воображаемом) пространстве активности профессионала (или на пути к ней). Эта позиция не естественна, а конструируема. Поэтому и следует различать интерпретацию в обыденном смысле (надо любить себя) и профессионально-психологическую интерпретацию, обусловленную специальным языком, концептом и номосом. Понятно, что, производя такую интерпретацию, мы уже не повседневные деятели. Мы осуществили трансгрессию, вышли из повседневного состояния. Профессиональная психологическая позиция теперь будет подчиняться не «хотениям» моего «я», а обязательствам, диктуемым новым трансгрессивным положением. Профессиональное «я» приобретет легитимность на территории того дискурса (научного, практического), который «я» признает легитимным для себя и за который будет нести ответственность. Вот в чем вопрос. И тогда, что важно для профессиональной подготовки, например, студентов-психологов, студент приобретает опыт трансгрессии. Его этой искусственности и следует научить. Образование в этом смысле связано с культивацией кризисного состояния.

Н. В. Ключева. Давайте мы как-то будем дифференцировать реальность и не будем убеждать всех наших клиентов в том, что жизнь — это сплошная вереница кризисов. Есть ситуации непреодолимости, их можно воспринять как риск. А есть «нетаковость»: вот мне сегодня не понравилась погода с утра, дождь мне не нравится. Понимаете? Важен учет контекста профессионального

кризиса. Ведь когда психолог начинает интерпретировать, то вступает в силу рефлексия и она прямо связана с профессионализмом.

М. А. Дыгун. У меня есть предположение. Я не претендую на верный ответ, но ключ, как мне это представляется, — в моменте присутствия. Вот если удастся присутствовать в контакте с клиентом без интерпретаций, не уползая в свою головушку, тогда я чувственно в ситуации. Слово «присутствие», заметьте, означает «быть при сути» — при сути своей, при сути этого человека и при сути нашего контакта. Присутствие можно еще понять как состояние чистого сознания, состояния, в котором даже образы отсутствуют.

С. В. Кирпич. Я сейчас подумал о ситуации, связанной с искусственным интеллектом. Мне кажется, что искусственный интеллект никогда не подойдет даже близко к человеку, так как ему недоступна субъектность. Человек же может быть объектом и субъектом одновременно, то есть быть и в отношении сопричастности другому, и в зоне отчуждения от него. Где же тогда граница между субъектностью и объектностью? Можно ли ее как-то отыскать?

Л. А. Пергаменщик. Я считаю, что психолог всегда должен относиться к пострадавшему как к человеку. Субъект-объектных отношений в психологии нет и быть не должно. Они есть только тогда, когда мы изучаем память, внимание, какую-то часть человека, какие-нибудь черты. Но терапевт (а кризисная психология относится к терапии, к помощи) не может себе позволить рассматривать другого как объект.

Н. В. Ключева. А как тогда быть в ситуации допсихологической помощи в экстремальной ситуации? Когда используются четкие, короткие инструкции: «стань здесь», «пей воду» и так далее?

Р. В. Кадыров. На самом деле эти указания служат через принятие — я предлагаю тебе воду, а не заставляю ее пить. Идея такова: это нормальная реакция в ненормальных обстоятельствах. Это уже и принятие, и понимание.

Л. А. Пергаменщик. Интересный вопрос о том, как мы предлагаем воду. Можно дать прямо в руки, чтобы человек ее взял, — и это будет неправильно. А можно сказать: вот вода. То есть что мы делаем? Мы выстраиваем диалог. Я даю человеку воду: вот от меня есть вода, а ты попробуй ее принять. Я ему говорю: активизируй внимание, активизируй отношение к этому и возьми воду. Понимаете, в кризисных ситуациях мы должны использовать формулу: «вот вода». Можно, конечно, при бомбежке укрыть человека, в безопасное место его отвезти. Но это мы не с позиции психолога работаем, а как социальные работники, которые просто перемещают человека туда, где ему безопасно. Но с позиции психолога мы говорим: «вот вода», «вот плед».

А. А. Полонников. Мне же представляется, что объективация нашего партнера — необходимый момент нашего с ним взаимодействия. То есть превращение его в объект — неременное условие терапевтической ситуации. Она динамична, и процессуальная ее трансформация обусловлена решаемой в данный момент психологом задачей. Сопереживание и понимание — стартовый этап психотерапевтического взаимодействия. Но само по себе сопереживание недостаточно. Оно нуждается в анализе, рефлексивном отстранении, объективации. В фокусе нашего сознания помещается уже не человек. Он, говоря словами Гуссерля⁷, выносится за

скобки, а в горизонте восприятия — подструктура переживания, другой в форме его «нетаковости». Таким образом неизбежно идет объективация другого.

Р. В. Кадыров. Тогда что Вы понимаете под объектом?

А. А. Полонников. На этом уровне нашего разговора — превращение в объект, ничего другого. Или, согласно Канту, это тот случай, когда человек в процессе анализа рассматривается сам по себе, независимо от способа, каким он созерцается. Он независим в этот момент от меня, обладает автономией, хотя для меня как аналитика его автономия иллюзорна.

С. В. Кирпич. Но хоть капелька эмпатии в этой позиции остается?

А. А. Полонников. Думаю, что нет. Эмпатия будет означать привнесение себя в другого. На этапе анализа и интерпретации это кажется недопустимым. Да и Фрейд нас предупреждал об опасности проекции. Речь идет не о тотальной объективации другого, а лишь о фрагменте психологической помощи. Это не поведенческий акт, а ментальный. Он реализуется параллельно взаимодействию, не совпадая с ним.

С. В. Кирпич. А если сопереживание меня настолько поглотило, что я падаю в его объятия?

А. А. Полонников. Тогда я теряю профессиональную позицию.

Р. В. Кадыров. Правильно ли я понимаю, что когда я описываю феноменологию клиента: «плачет», «говорит», «растерян» и так далее, то в этот момент он для меня объект?

А. А. Полонников. Разумеется. В этот момент другой фигурирует как знак, а знак никак не может быть субъектом. Ну разве что в эзотерических

⁷ Эдмунд Гуссерль (1859–1938) — немецкий философ, основатель феноменологии.

сочинениях. Знак другого, его личности, — это продукт преобразования моего переживания. Потом эта позиция меняется на другую, психотехническую, поддерживающую либо дистанцированную.

Р. В. Кадыров. То есть если я что-то вижу и слышу — я в объектных отношениях, если я что-то делаю — я в субъектных отношениях.

А. А. Полонников. Не так просто. Видеть, слышать и понимать — это разные действия. Вы можете по-разному видеть, слышать и понимать. В частности, Вы можете понимать не принимая, слушать и не слышать, смотреть и не видеть. Важно понимать состояние другого и порой не вникать в содержание его высказываний, трактуя их, например, как бред. Но это уже инструментальная часть, которая вне моей компетенции.

С. В. Кирпич. Простите, не могу не отреагировать. А не получается ли тогда так, что я как психолог колеблюсь?

А. А. Полонников. Да, именно так. Ваша позиция — психотехнический инструмент, который Вы используете по назначению в соответствии с задачей помощи. Я бы использовал для описания профессиональной позиции термин «маневрирование».

М. А. Дыгун. Правильно ли я понимаю, что на каком-то этапе той же психотерапевтической работы, когда она проделана, дабы наделить силой самого клиента, его надо оттолкнуть от себя, сделать его для себя объектом? Это как любящий родитель должен поступить в определенное время в отношении своего ребенка.

А. А. Полонников. Да, такая аналогия, на мой взгляд, уместна. Она лишь подчеркивает сложность и динамизм психотехнического действия, психотехнического диалога.

Л. А. Пергаменщик. Уже час мы ведем диалог. Думаю, что он не закончится с завершением круглого стола, а продолжится в процессе работы, позволяя делать ее лучше. Но в нашем обсуждении сегодня наметился еще один интересный поворот. Я хочу ему содействовать. У нас здесь присутствуют представители разных вузов, занятых подготовкой будущих психологов. Оценивая нашу работу, отмечу: мне не нравится, как мы учим студентов. Принципиально не нравится. Но ответить на вопрос, как именно надо обучать, тоже не смогу. Наши учебные исследования, как правило, имеют странный вид. Они далеки от потребностей жизни, от проблем, с которыми имеет дело кризисная психология. Обучение психологическому исследованию соотнобразуется со статистической обработкой малообоснованной информации. Студенты не владеют приемами психологического анализа, языком научного письма, коммуникации.

Р. В. Кадыров. Качественная методология сложнее, поэтому таких исследований меньше, чем количественных, обучение им требует большего времени. Качественное исследование, качественный анализ — это серьезный труд.

Л. А. Пергаменщик. Я точно знаю: мы должны готовить психологов не для того, чтобы они давали ответы. Мы должны готовить психологов для того, чтобы они формулировали вопросы. Психолог — это человек, который прежде всего умеет задавать вопросы. Наше обучение вообще лишает студентов любой эвристичности. Их учебная задача сводится к выучиванию ответов на наш (или программы) вопрос. А в жизни, в практике необходимо другое, необходимо в течение долгого времени удерживать вопросное отношение, зная при этом, что любое состоявшееся

понимание — это серия новых открытых вопросов.

А. А. Полонников. Леонид Абрамович в своем пленарном докладе, рассказывая о ситуации 80-х годов, о помощи людям, пострадавшим от аварии на Чернобыльской АЭС, отмечал обезоруженность психологов, несоответствие полученных в университете знаний, умений и навыков тем задачам, которые перед ними поставила жизнь. Психологии пришлось обучаться с нуля. Более того, психология, которой учили, даже мешала. Но дело в том, что эта традиция (назовем ее академической) сегодня продолжается. Читаются пространственные лекции, содержание которых для кризисных ситуаций непригодно. Особенно это видно в случае общей психологии.

М. И. Розенова. Но без нее психологическое образование принципиально невозможно.

А. А. Полонников. Почему?

Н. В. Ключева. Как Вы представляете себе психолога, который не знает каких-то базовых понятий — внимание, восприятие, память?

А. А. Полонников. Очень даже себе представляю. И что Вы называете базой? Как эта база может выступить основанием кризисной психологии? Я согласился бы еще, если бы студенты в курсе общей психологии изучали, например, феноменологическую психологию Гуссерля или теорию восприятия Мерло-Понти⁸. Да и у Выготского вопрос об общей психологии, как известно, ставился не в статусе базы психологической деятельности, а как критика психологий.

Л. А. Пергаменщик. А общая психология в ее нынешнем состоянии просто ни с чем не соотносится.

А. А. Полонников. Ситуацию в современной психологии принято считать полипарадигмальной. Это означает, прежде всего, многообразие оснований и практик, которые представляют собой неинтегрируемое множество. То есть картография в психологии становится неразрешимой проблемой. Это множество невозможно разложить на плоскости потому, что все они взаимопределяемы. То есть речь может идти только о взаимополагании. Вопрос о фундаменте в плане содержания в этом случае снимается с психологической повестки дня. В результате мы можем описать положение в психологии, но это всегда будет локальное описание из определенной теоретико-практической перспективы.

Н. В. Ключева. Интересно, если мы сейчас попытаемся определить то, что необходимо специалисту в кризисном консультировании, ну, например, нужна ли философская психология и какая, надо ли преподавать нарративный метод, дискурс-психологию или нет, то как быть с феноменологией? Что является необходимым и достаточным? Что должно быть вшито в образование?

Л. А. Пергаменщик. Когда мы с Валентиной Ивановной учились в университете, психологию у нас в БГУ преподавала Елена Павловна Ересь⁹. Психология у нее была представлена в одном марксистско-материалистическом виде. Хотя и хорошо представлена. Прошло 70 лет, а мы по-прежнему изучаем марксистско-ленинскую психологию,

⁸ Морис Мерло-Понти (1908—1961) — французский философ, представитель экзистенциальной феноменологии, восходящей к основаниям философии Э. Гуссерля и М. Хайдеггера.

⁹ Елена Павловна Ересь (1904—1985) — советский психолог, специалист в области обшей, возрастной и педагогической психологии, кандидат психологических наук, доцент.

оправдывающую известную теорию отражения. В рамках этой психологии нет человека. Вот почему общая психология, которую у нас читают, вряд ли полезна. Даже в рафинированном позитивистском изложении. А практика? Позитивизм в качестве основания кризисной психологии — психологии диалога — не пригоден. Что из того, что кризисный психолог будет посвящен в обстоятельства позитивистского исследования памяти, мышления? Да и история психологии нуждается в серьезной ревизии. История психологии — форма профессионального сознания и самосознания. Она несет за него ответственность.

Н. В. Ключева. У Василюка¹⁰ идеи очень красивые были, в том числе для образования. О том, что объектом психологической науки должна быть не реальность, а способы работы с ней. У него ведь намечалась психотехническая парадигма, оригинальная концепция переживания, жизненных миров человека. Мощная методология, связывающая теорию и практику.

Л. А. Пергаменщик. Дело в том, что Василюк пытался работать на базе феноменологии, пробовал создать в России это психотехническое направление. Он говорил, что в 1936 году из нашей науки была вычеркнута психотехника, что нам надо вернуться к ней. У меня есть ощущение, что и Выготский к концу жизни поворачивался в сторону феноменологии. В его последних работах

все чаще появляется категория «переживание».

А. А. Полонников. Но если мы будем ставить вопрос о психологии в психотехнической плоскости, то он в воплощении кризисной психологии должен быть сформулирован не в духе Мюстенберга¹¹, как приложение фундаментальной теории к практике. Речь, видимо, должна идти о другом — о практическом повороте психологии. Если для науки приоритетен вопрос истины, то для практики в психотехническом смысле более значим эффект. Значит, необходимо создавать и применять разные критерии обоснованности, разную эпистемологию, формулировать диалогические принципы. А это совсем другое обучение, нежели то, которое мы имеем сегодня.

М. А. Дыгун. Мне кажется, что сегодня диалог по тезисам доклада Леонида Абрамовича, когда он говорил о ценности диалогичности, о диалогичности как базовом основании кризисной психологии, получился. Мне было важно соприкоснуться с позициями собеседников и той глубиной, которая в обсуждаемых вопросах и дискуссии присутствовала.

Н. В. Ключева. Мне кажется, что наш разговор сегодня был не только захватывающим, но и результативным для всех. Результат, конечно, важен и нужен.

Л. А. Пергаменщик. Помните, как у Антона Павловича Чехова: «Если бы знать, если бы знать!»? Так и здесь: если бы знать, каков он, результат.

Материал поступил в редакцию 23.01.2025.

¹⁰ Федор Ефимович Василюк (1953–2017) — российский психотерапевт, доктор психологических наук, заведующий кафедрой индивидуальной и групповой психотерапии Московского городского психолого-педагогического университета, профессор, президент Ассоциации понимающей психотерапии.

¹¹ Гуго Мюстенберг (1863–1916) — немецкий философ и психолог. Первопроходец использования идей прикладной психологии в образовании, медицине и бизнесе. Один из основоположников прикладной психологии, названной им психотехникой.

Контузия и посттравматическое стрессовое расстройство ветеранов боевых действий: исследования и практика

Аннотация. В статье обобщены и систематизированы научные исследования, посвященные изучению связи между легкой черепно-мозговой травмой или контузией, полученными в результате боевых действий, и последующим возникновением посттравматического стрессового расстройства. Автором рассмотрены практические аспекты оказания психологической помощи при легкой черепно-мозговой травме и посттравматическом стрессовом расстройстве.

Annotation. The article summarizes and systematizes scientific research devoted to the study of the connection between mild traumatic brain injury or concussion, received as a result of combat operations, and the subsequent consequences of post-traumatic stress disorder. The author examines the practical aspects of providing psychological assistance for mild traumatic brain injury and post-traumatic stress disorder.

Ключевые слова: легкая черепно-мозговая травма, контузия, посттравматическое стрессовое расстройство, взрывная волна, боевые действия, ветеран.

Keywords: mild traumatic brain injury, concussion, post-traumatic stress disorder, blast wave, combat, veteran.



Руслан Васитович КАДЫРОВ,
заведующий кафедрой
общепсихологических
дисциплин факультета
общественного
здоровья Тихоокеанского
государственного
медицинского
университета
(Владивосток,
Российская Федерация),
кандидат психологических
наук, доцент

В условиях боевых действий, когда частым явлением становится легкая черепно-мозговая травма (ЛЧМТ) в результате взрыва, актуальной остается проблема возникновения, развития и взаимосвязи такой травмы с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). В ходе ряда исследований было определено, что при ЛЧМТ появляются значительные проблемы со здоровьем, влияющие на реабилитацию и вызывающие стресс, — хроническая головная боль, нарушение сна, головокружение, психологические и поведенческие реакции: изменение настроения, тревога, апатия, угнетенное состояние, агрессия,

импульсивность и раздражительность, нарушения концентрации внимания и памяти, затруднения в общении. Выявлено совпадение симптомов ЛЧМТ и ПТСР, что необходимо учитывать, поскольку это может затруднять их дифференциальную диагностику. Актуальными и необходимыми являются дальнейшие лонгитюдные исследования последствий ЛЧМТ, полученной под воздействием взрывной волны, и развития вследствие этого ПТСР с целью прогнозирования будущих проблем со здоровьем и минимизации последствий экстремальных условий.

Для установления методов психологической помощи ветеранам с ЛЧМТ и ПТСР необходимо проведение рандомизированных контролируемых исследований эффективности данных методов.

В середине прошлого века многие симптомы, связанные с ЛЧМТ, стали рассматриваться как диагностические маркеры посттравматического стрессового расстройства. В. А. Гиляровский (1944), А. В. Снежневский (1947), Г. Е. Сухарева (1943), Н. Н. Тимофеев (1948) подчеркивали, что отличить невротические и неврозоподобные расстройства весьма проблематично из-за схожести клинических признаков и частой комбинации психогенного воздействия с механическими травмами головного мозга [1–4]. Во времена Великой Отечественной войны для обозначения множества психических расстройств, развившихся в боевых условиях, использовался обобщающий термин «контузия». Он охватывал практически все формы психической патологии, развившейся в боевых условиях, независимо от типа нарушений.

Долгое время считалось, что потеря сознания или изменение психического состояния, связанные с ЛЧМТ, способны

предотвратить развитие ПТСР. Однако сегодня признано, что ПТСР может возникать наряду с ЛЧМТ, что создает трудности для психотерапии и ухудшает прогноз ее успешности. Таким образом, проблема контузии и развития после нее ПТСР вследствие участия в боевых действиях заслуживает пристального внимания исследователей, поскольку она отражает сложную взаимосвязь личностных особенностей ветеранов и их индивидуального опыта переживания боевых действий.

Черепно-мозговая травма в результате взрывной волны и степени ее тяжести. Легкая черепно-мозговая травма вследствие действия взрывной волны (при разрыве авиабомб, снарядов, мин и т. д.) имеет ряд отличий от ЛЧМТ в результате удара, спортивной травмы или дорожно-транспортного происшествия. ***Это отдельное травматическое воздействие на головной мозг, к которому добавляется повреждение слухового и вестибулярного аппарата, редко встречаемое в клинике заболеваний мирного времени*** [5]. Черепно-мозговые травмы, вызванные взрывной воздушной волной, могут происходить как из-за ее прямого (механического) воздействия, сравнимого с резким ударом по всей поверхности тела, так и вследствие вторичных травм головы (тела), возникающих при ударе о твердые объекты после того, как пострадавшего отбросило волной. При этом сама взрывная волна способна вызвать сотрясение или ушиб головного мозга, что сопровождается нарушением функций слуха и речи.

Биофизика взрывных повреждений вызывает характерные структурные изменения в головном мозге и соответствующую клиническую картину. Прежде всего, это механизм так называемого гидродинамического шока — сила взрывной волны передается в заполненные

жидкостью полости и мембраны головного мозга, в результате чего образуются «волны спинномозговой жидкости» с резкими изменениями гидростатического давления. Давление неравномерно распределяется в разных структурах головного мозга, перемещается в замкнутую полость черепа, что приводит к появлению зон повышенного или пониженного давления (волны градиента давления). После прохождения фронта ударной волны происходит резкое снижение давления, что вызывает явление кавитации — образование газовых микрошариков (при условии, что они «коллапсируют»). Также большое влияние оказывают значительные скачки артериального давления вверх от груди. Добавляются механизмы: во-первых, смещения и вращения (прокрутки) полушарий головного мозга относительно его менее подвижных срединных структур, во-вторых, шока, вызывающего повреждение нейронов, нейроглии и сосудистых структур.

Министерство по делам ветеранов США определяет ЛЧМТ (mTBI) как травматическое структурное повреждение и/или физиологическое повреждение, нарушение функции мозга в результате воздействия внешней силы, о чем свидетельствует новое появление или ухудшение хотя бы одного из следующих клинических признаков сразу после события:

- 1) любой промежуток времени, в течение которого человек теряет сознание или уровень его осознания снижается;
- 2) любая амнезия, касающаяся событий, которые произошли прямо перед или сразу после взрыва;
- 3) любые изменения психического состояния в момент получения травмы (например, замешательство, потеря ориентации, замедление мыслительных процессов);
- 4) нарушения в работе нервной системы (такие как слабость, потеря

равновесия, дефекты в двигательной активности, парез/плегия, изменения зрения, прочие сенсорные расстройства, афазия), которые могут быть временными или постоянными;

5) внутричерепные аномалии (к примеру, ушибы, диффузное аксональное повреждение, кровоизлияния, аневризмы) [5].

При этом черепно-мозговые травмы в результате воздушной взрывной волны можно дифференцировать на *легкие, средние и тяжелые* на основании связи между ранними показателями тяжести травмы и долгосрочными (более 6 месяцев) последствиями.

Механизм взрывных повреждений многогранен и включает в себя:

- 1) динамику первичного взрыва: волновые изменения атмосферного давления (волна избыточного давления, за которой следует пониженное давление или вакуум);
- 2) динамику вторичного взрыва: предметы, пришедшие в движение от удара взрывной волны по военнослужащему (тупые и проникающие ранения);
- 3) третичную динамику взрыва: военнослужащие пришли в движение от взрыва и столкнулись с другими объектами;
- 4) динамику четвертичного взрыва: другие травмы в результате ожогов взрывной волной, токсичных паров, разможжений, гипертонии и т. д. [6].

Легкая черепно-мозговая травма в результате взрыва может сопровождаться: поражением слухового анализатора и функции речи; глубокой оглушенностью, сопором, комой; кровотечениями из носа, горла, ушей; длительным бессознательным состоянием — несколько минут или часов, а при прояснении сознания выявляются сурдомутизм (глухонмота) и амнезия; ретро- и антероградной амнезией. Нередко отмечается повышенная раздражительность и эмоциональная лабильность [6].

Легкая черепно-мозговая травма и посттравматическое стрессовое расстройство. И. В. Панова, исследовав ветеранов локальных войн ($n = 246$), считает: «Посттравматическое стрессовое расстройство достоверно чаще возникает у ветеранов войн, перенесших боевые черепно-мозговые травмы легкой и средней степени тяжести. Этому способствует дополнительное сверхсильное психотравмирующее воздействие в момент получения физического повреждения в боевой обстановке, которое часто превращает человека из активного бойца в беспомощного и зависимого от чужой воли раненого» [7, с. 25].

Сочетание симптомов черепно-мозговой травмы и ПТСР усложняет психоневрологические нарушения и способствует их длительному течению. В исследовании А. М. Резника (2020), проведенном на выборке ветеранов ($n = 107$), было установлено, что черепно-мозговая травма (ЧМТ) является одной из ключевых причин развития психических расстройств. Органические психические заболевания, вызванные травмами головы, составляли около трети всех диагнозов ветеранов [8]. Ученый отметил, что у данной группы пациентов, в отличие от других исследуемых, как основная особенность проявлялись симптомы стрессовых расстройств. У 30 % комбатантов наблюдались изменения личности и симптомы повторного переживания травматических событий.

За последние годы в зарубежных исследованиях сообщается о высокой взаимосвязи симптомов последствий ЛЧМТ и ПТСР, а также о повышенном риске стрессовых расстройств у людей, которые перенесли травмы мозга. В ходе исследования, в котором приняли участие 340 ветеранов операции «Иракская свобода» (OIF) / операции «Несокрушимая свобода» (OEF), у участников отмечалась клиническая триада: частая

хроническая головная боль (у 81,5 % выборки), ПТСР (у 68,2 %) и постоянные постконкуссионные симптомы (ППС) (у 66,8 %). Только у 12 ветеранов (3,5 %) не было хронической боли, ПТСР или ППС. Частота, с которой эти три состояния присутствовали по отдельности (10,3 %, 2,9 % и 5,3 % соответственно), была значительно ниже, чем частота, с которой они присутствовали в сочетании друг с другом, при этом у 42,1 % выборки были диагностированы все три состояния одновременно [9]. Ветераны боевых действий, даже не получившие ЛЧМТ, имеют высокие показатели нейроповеденческих симптомов, включая трудности с памятью, раздражительность, перепады настроения, подозрительность, мотивацию и чувство вины [10]. Эти данные актуализируют междисциплинарный комплексный подход для достижения успеха как в психологической, так и медицинской помощи.

Среди ветеранов, получивших в боевых условиях ЧМТ, у 52 % наблюдались неврологические симптомы, а 89 % имели какие-либо психиатрические диагнозы. При этом у 66–73 % ветеранов обнаруживались признаки ПТСР, а в 50 % случаев фиксировалась комбинация ПТСР и неврологических проблем. Как отмечают некоторые исследователи, повторное получение ЧМТ увеличивало вероятность развития ПТСР и возникновения неврологических симптомов, что способствует более тяжелому течению ПТСР и депрессивных состояний. В то же время отсутствие в истории болезни ЧМТ в 5 раз снижает риск одновременного развития ПТСР и болевого синдрома [11–13].

Систематический анализ, обзор и метаанализ проведенных на 20 июля 2022 года исследований показал, что существует связь между ЛЧМТ в результате взрыва и тяжестью симптомов ПТСР: ЛЧМТ в результате взрыва увеличивает тяжесть ПТСР. Кроме того,

ЛЧМТ в результате взрыва увеличивает вероятность диагностики симптомов ПТСР, что может быть связано с эффектом, который взрывная волна оказывает на мозг [9]. Также было отмечено, что у ветеранов с умеренными контузиями психосоциальные последствия чаще связаны с имеющимися симптомами стрессовых расстройств, чем с самой контузией или ее неврологическими проявлениями. Выявлено, что рост частоты симптомов ПТСР наблюдается исключительно при легкой степени ЧМТ в результате взрыва, в то время как травмы головы с тяжелыми неврологическими последствиями, наоборот, демонстрируют низкую частоту проявления стрессовых симптомов. В связи с этим выдвигается предположение, что психопатология у ветеранов с ЛЧМТ, полученной после взрыва во время боевых действий, скорее вызвана психологическим стрессом, а не прямым механическим повреждением мозга [14].

Исследования биомаркеров ПТСР и ЛЧМТ показали, что и то и другое связано как со структурными, так и с функциональными изменениями в головном мозге. Среди зон мозга, подверженных ЛЧМТ, — дорсолатеральная префронтальная кора, височный полюс, мозжечок и лобные тракты белого вещества, соединяющие миндалевидное тело и медиальную префронтальную кору. ПТСР также затрагивает множество участков мозга, включая миндалевидное тело, гиппокамп, дорсолатеральную и дорсомедиальную префронтальную кору, а также орбитофронтальную кору. Зоны, которые могут быть подвержены и ПТСР, и ЛЧМТ, — дорсолатеральная префронтальная кора и орбитофронтальная кора [15]. Таким образом, существуют области мозга, которые уязвимы как к ЛЧМТ, так и к ПТСР.

Для ПТСР характерно обширное поражение таких зон мозга, как

миндалевидное тело, гиппокамп, дорсолатеральная, дорсомедиальная префронтальная, орбитофронтальная кора, которые играют значимую роль в развитии и поддержании симптомов ПТСР. Это подтверждено рядом исследований, включая два крупных метаанализа, которые при выраженности симптомов ПТСР выявили уменьшение объема гиппокампа — зоны, ответственной за декларативные воспоминания, снижение объема в передней поясной коре и островковой доле мозга, снижение активности медиальной префронтальной коры и передней поясной извилины, а также повышенную активность миндалевидного тела, парагиппокампальной и задней поясной извилины [12; 16]. В 2022 году Л. Шолль с коллегами исследовали сходства и различия симптоматики ЛЧМТ и ПТСР (табл. 1, с. 34) [15].

Недавний систематический обзор и метаанализ ряда исследований показал, что ЛЧМТ в результате взрыва связана с тяжестью течения симптомов ПТСР и вероятностью развития ПТСР [17]. При этом выявленная высокая разнородность выборки и применяемых методик, присутствующая в исследованиях, означает, что необходимо проявлять осторожность при интерпретации данных этих исследований.

Таким образом, учитывая совпадение симптомов как ЛЧМТ, так и ПТСР, необходимо понимать, что это может затруднять их дифференциальную диагностику.

Психологическая помощь при легких черепно-мозговых травмах и посттравматическом стрессовом расстройстве. Психологическую помощь при ЛЧМТ и ПТСР можно разделить на три отдельных направления, включая работу с часто встречающимися симптомами: хронической или эпизодической головной болью, проблемами со сном и депрессией/тревогой. Поэтому в проведенных исследованиях

и существующей практике психологическая помощь при этих симптомах может выглядеть следующим образом.

Хроническая или эпизодическая головная боль. Курс когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) хронической боли включает: клиническую оценку боли и уровня исходного состояния ветерана; информирование о боли и ознакомление с подходами КПТ хронической боли; обучение релаксации и гигиене сна; упражнения на активность и режим труда/отдыха, работу с негативными

автоматическими мыслями и их реструктуризация [18].

Нарушение сна. Если ветераны боевых действий сообщают о нарушении сна (трудностях с засыпанием, бессоннице), следует определить параметры нарушения сна и поведенческое вмешательство с помощью Индекса тяжести бессонницы [18]. Психологическую помощь лучше всего начинать с КПТ бессонницы, а именно с соблюдения шести основных правил, положительно влияющих на архитектуру сна.

Таблица 1. Симптоматика посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и легкой черепно-мозговой травмы (ЛЧМТ)

Симптомы	ЛЧМТ	ПТСР	Сочетание ЛЧМТ/ПТСР
Поведенческие	Агрессия, импульсивность, раздражительность	Агрессия, возбуждение, избегание сигналов, враждебность, гипербдительность, раздражительность, саморазрушительное поведение	Агрессия, импульсивность/саморазрушительное поведение, раздражительность
Физические/когнитивные	Проблемы с координацией/потеря равновесия, амнезия, дезориентация, головокружение, усталость, головная боль, неспособность сконцентрироваться или сосредоточиться на задачах, бессонница, чувствительность к звукам	Неспособность сконцентрироваться или сосредоточиться на задачах, бессонница, ночные кошмары, чувствительность к звуку	Неспособность сконцентрироваться или сосредоточиться на задачах, бессонница, чувствительность к звукам
Психологические	Тревога, апатия, депрессия	Ангедония/потеря интереса, тревога, депрессия, навязчивые мысли/нежелательные мысли, повторное переживание события/воспоминания, стыд/вина, социальная изоляция / одиночество	Ангедония/апатия, тревога, депрессия

1. Ограничьте время пребывания в постели фактическим временем сна.

2. Ложитесь спать только тогда, когда вы хотите спать.

3. Не оставайтесь в постели, если не можете заснуть в течение 15 минут.

4. Будьте последовательны в отношении времени подъема утром.

5. Используйте кровать только для сна; не читайте, не слушайте радио и не ешьте в постели.

6. Не спите в течение дня и др. [5].

Депрессия/тревога. Для работы с психологическими и поведенческими нарушениями, имеющими следующие симптомы: тревога, апатия, депрессия, агрессия, импульсивность или раздражительность, необходимо оценить эти симптомы на предмет сопутствующих психических расстройств, включая большое депрессивное расстройство,

ПТСР, расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, суицидальностью, и исходя из этого оказывать психологическую помощь [5].

Результаты пилотного рандомизированного контролируемого исследования [19] 70 ветеранов с ЛЧМТ после *краткого двухэтапного психологического вмешательства*, направленного на улучшение когнитивных (шаг 1) и эмоциональных (шаг 2) факторов жизнестойкости и состоящего из шести сессий продолжительностью 1 час, показали по сравнению с контрольной группой статистически значимые улучшения когнитивной производительности и психологической устойчивости, появление позитивных эмоций и устранение постконтузионных и посттравматических симптомов, а следовательно, улучшение качества жизни (*табл. 2*).

Таблица 2. Обзор сессий, тем и содержания двухэтапного вмешательства, ориентированного на улучшение когнитивных и эмоциональных факторов жизнестойкости

Сеанс	Темы	Содержание (стратегии и навыки, которые изучают участники)
Шаг 1. Когнитивные факторы жизнестойкости		
Сессия 1. Введение в программу вмешательства	Психообразование по черепно-мозговой травме	• Определение того, как травма повлияла на каждого участника. • Понимание основных симптомов травмы
	Психообразование об устойчивости и ее факторах	• Понимание того, почему устойчивость важна для восстановления после травмы. • Определение того, какие навыки необходимо развивать для ускорения реадaptации и какие действия не следует предпринимать, чтобы избежать ухудшения симптомов
Сессия 2. Сосредоточение внимания на важных вещах и запоминание их	Концентрация и сосредоточенность в достижении целей	• Понимание того, почему возникают проблемы с концентрацией внимания после травмы. • Навыки повышения концентрации внимания
	Проспективная память и адаптация	• Понимание того, почему после травмы сложнее что-то вспомнить. • Понимание того, как хорошее запоминание связано с более быстрым восстановлением. • Навыки улучшения запоминания необходимой информации

Сеанс	Темы	Содержание (стратегии и навыки, которые изучают участники)
Сессия 3. Когнитивная гибкость, решение проблем и постановка целей	Умение быть гибким в достижении поставленных целей	• Определение того, что такое терпение и как оно связано с устойчивостью. • Навыки повышения терпения для достижения поставленных целей
	Стратегии постановки целей	• Умение различать значимые и незначительные цели. • Умение расставлять приоритеты в задачах
	Стратегии решения проблем	• Понимание того, что после травмы нормально испытывать трудности в решении проблем. • Навыки эффективного решения поставленных задач
Шаг 2. Эмоциональные факторы жизнестойкости		
Сессия 4. Управление стрессом	Стресс и способы его преодоления	• Понимание влияния стресса на организм. • Понимание взаимосвязи между стрессом, психологической устойчивостью и симптомами ЧМТ. • Изучение стратегий управления стрессом
	Контроль симптомов посттравматического стресса	• Выявление симптомов ПТСР. • Навыки снижения выраженности симптомов посттравматического стресса
Сессия 5. Эмоциональная гибкость	«Выращивание» положительных эмоций	• Выявление положительных эмоций. • Понимание связи между положительными эмоциями и жизнестойкостью. • Умение воспитывать благодарность. • Уменьшение обвинений. • Практика осознанности для хорошего настроения. • Умение обращать внимание на положительные события в жизни
	Управление негативными эмоциями: гневом, страхом, виной	• Понимание связи между негативными эмоциями и травмой. • Понимание признаков гнева, страха, вины. • Использование стратегий для контроля страха, гнева и вины. • Использование навыков самоуспокоенности
Сессия 6. Оптимизм и построение новых планов	Оптимизм	• Понимание того, как оптимизм связан с физическим и психическим восстановлением. • Стратегии позитивного мышления
	Подведение итогов участия в программе	• Описание целей, которых участники планируют достичь после прохождения программы. • Выявление позитивных изменений, которые произошли с момента присоединения участников к программе

Исследование эффективности **од-
нодневного семинара по жизненным
навыкам для ветеранов с ЛЧМТ,
хронической болью и психопатоло-
гией** показало, что терапия принятия
и ответственности, или АСТ (от англ.
Acceptance and Commitment Therapy),
позволит одновременно комплексно
оказывать психологическую помощь
при ряде эмоциональных, физиче-
ских и когнитивных симптомов, испы-
тываемых ветеранами боевых дейст-
вий [20]. При этом, по мнению иссле-
дователей, данный семинар подходит
для ветеранов, которые не обращаются
за специализированной психиатриче-
ской помощью, но стремятся получить
психологическую помощь / психоте-
рапию.

Таким образом, психологическая
помощь ветеранам с ЛЧМТ и ПТСР
должна носить комплексный харак-
тер и сочетать разные виды и методы
психотерапии, что увеличивает шанс
на ее успех. При оценке психологи-
ческой помощи ветерану боевых дей-
ствий, получившему ЛЧМТ в результате
взрывной волны, важно принимать во
внимание весь спектр возможных по-
следствий травмы и ее взаимосвязь
с ПТСР. Изменение настроения, зло-
употребление психоактивными веще-
ствами, индивидуальные особенности
личности ветерана — все это будет
влиять на проявление симптомов трав-
мы и эффективность психологической
помощи.

Актуальными и необходимыми явля-
ются дальнейшие лонгитюдные иссле-
дования последствий ЛЧМТ в резуль-
тате взрывной волны и развития ПТСР
с целью прогнозирования будущих
проблем и минимизации последствий
экстремальных условий деятельности
(кризисных ситуаций).

Для установления методов психо-
логической помощи ветеранам с ЛЧМТ
в результате взрывной волны и ПТСР тре-
буется проведение рандомизированных
контролируемых исследований на пред-
мет эффективности данных методов.

СПИСОК ЦИТИРОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Гиляровский, В. А. Соматопсихогенные параноиды военного времени / В. А. Гиляровский // Труды Военно-морской медицинской академии. — Л. : ВММедА, 1944. — С. 15–23.
2. Снежневский, А. В. К клинике травмы головного мозга взрывной волной / А. В. Снежневский // Труды Центрального института психиатрии МЗ РСФСР ; под ред. А. В. Снежневского. — М., 1947. — Т. 3. — С. 162–178.
3. Сухарева, Г. Е. Психогенные типы реакций военного времени / Г. Е. Сухарева // Невропатология и психиатрия. — 1943. — Т. 12, № 2. — С. 3–10.
4. Тимофеев, Н. Н. Контуженные. Контузии / Н. Н. Тимофеев // Энциклопедический словарь военной медицины ; под ред. Е. И. Смирнова. — М. : Госуд. изд-во мед. литературы, 1948. — Т. 3. — С. 19–43.
5. Acute Battlefield Assessment of Concussion/Mild TBI and Return-to-Duty Evaluations / Jeffrey T. Barth [et al.] // Military Neuropsychology / ed. : Carrie H. Kennedy, Jeffrey L. Moore. — 2010. — P. 127–174
6. Segal, S. K. Beyond the impact. An Update on the Assessment, Prevention, and Treatment of Neuropsychiatric Sequelae Associated with Traumatic Brain Injury / S. K. Segal // Neuroscience Education Institute. — Carlsbad : Nei Press, 2017. — 58 p.
7. Панова, И. В. Клинико-динамические особенности посттравматического стрессового расстройства у ветеранов локальных вооруженных конфликтов, перенесших боевые черепно-мозговые травмы : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.13 ; 14.00.18 / И. В. Панова ; Ивановская государственная медицинская академия. — Н. Новгород, 2001. — 27 с.
8. Резник, А. М. Психические расстройства у ветеранов локальных войн, перенесших черепно-мозговую травму [Электронный ресурс] / А. М. Резник. — Режим доступа: https://www.researchgate.net/publication/342545796_Psihicheskie_rasstrojstva_u_veteranov_lokalnyh_vojn_perenessih_cerepno-mozgovuu_travmu. — Дата доступа: 20.12.2024.

9. Prevalence of chronic pain, post-traumatic stress disorder, and persistent postconstructive symptoms in OIF/OEF veterans: A clinical triad of polytrauma [Electronic resource] / H. L. Lew [et al.] // National Library of Medicine ; Rehabilitation Res Dev. — 2009. — Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20104399/>. — Date of access: 10.11.2024.

10. Patients with traumatic brain injury versus patients with multiple trauma: Some neurobehavioral and psychopathological aspects [Electronic resource] / M. C. Frénisi [et al.] // National Library of Medicine ; Trauma. — 2006. — Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16688064/>. — Date of access: 15.12.2024.

11. A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery [Electronic resource] / S. L. Rauch [et al.] // National Library of Medicine ; Archives of General Psychiatry. — 1996. — Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8624181/>. — Date of access: 12.11.2024.

12. Smith, M. E. Bilateral hippocampal volume reduction in adults with post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of structural MRI studies [Electronic resource] / M. E. Smith // National Library of Medicine ; Hippocampus. — 2005. — Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15988763/>. — Date of access: 13.12.2024.

13. Blast Injury and Traumatic Brain Injury / L. M. French [et al.] / Military Neuropsychology ; ed. : Carrie H. Kennedy, Jeffrey L. Moore. — N.-Y. : Springer Publishing Company, 2010. — P. 101–126.

14. War neurotrauma: The defense and veterans brain injury center (DVBIC) experience at Walter Reed Army Medical Center (WRAMC) / D. Warden [et al.] // Journal of Neurotrauma. — 2005. — Vol. 22, № 10. — P. 1178.

15. Current Understanding of Biomarkers in Post Traumatic Stress Disorder and Mild

Traumatic Brain Injury: A Systematic Review and Implications for Research and Treatment [Electronic resource] / J. L. choll [et al.] // IntechOpen. — 2022. — Mode of access: <https://www.intechopen.com/chapters/80597>. — Date of access: 15.12.2024.

16. Magnetic resonance imaging (MRI) measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder: a meta-analysis [Electronic resource] / N. Kitayama [et al.] // National Library of Medicine ; Affective Disorders. — 2005. — Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16033700/>. — Date of access: 21.12.2024.

17. Borinuoluwa, R. Does Blast Mild Traumatic Brain Injury Have an Impact on PTSD Severity? A Systematic Review and Meta-Analysis / R. Borinuoluwa, Z. Ahmed // Trauma Care. — 2023. — № 3. — P. 9–21.

18. VA/DoD Clinical Practice Guideline [Electronic resource] / The Management of Concussion / mild Traumatic Brain Injury Working Group ; Department of Veterans Affairs ; Department of Defense. — April, 2009. — Mode of access: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/mtbi/concussion_mtbi_full_1_0.pdf. — Date of access: 13.12.2024.

19. Assonov, D. Two-Step Resilience-Oriented Intervention for Veterans with Traumatic Brain Injury: A Pilot Randomized Controlled Trial [Electronic resource] / D. Assonov // National Library of Medicine ; Clin Neuropsychiatry. — Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34984068/>. — Date of access: 15.12.2024.

20. Development and evaluation of an 1-day Acceptance and Commitment Therapy workshop for Veterans with comorbid chronic pain, TBI, and psychological distress: Outcomes from a pilot study / L. Dindo [et al.] [Electronic resource] // National Library of Medicine ; Contemp Clin Trials. — 2020. — Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32032736/>. — Date of access: 12.11.2024.

Материал поступил в редакцию 29.12.2024.

Три источника эмоционально фокусированной психотерапии: опыт интеграции

Аннотация. В статье рассматриваются результаты поиска Сью Джонсон методологического осмысления и обоснования практики нового подхода к психотерапии супружеских пар. Анализируется опыт интеграции теории привязанности Джона Боулби, гуманистической теории Карла Роджерса и структурной теории семьи Сальвадора Минухина при концептуализации эмоционально фокусированной психотерапии. Показано, как эти теоретические подходы в совокупности создают методологическую основу эмоционально фокусированной психотерапии, обеспечивая глубокое понимание механизмов изменения сложных эмоциональных и поведенческих паттернов, путей создания и укрепления эмоциональной близости в семье.

Annotation. The article examines the results of Sue Johnson's search for methodological understanding and justification of the practice of a new approach to married couples psychotherapy. The article analyzes the experience of integrating John Bowlby's theory of attachment, Carl Rogers' humanistic theory and Salvador Minuhin's structural theory of the family, in the conceptualization of emotionally focused psychotherapy. It is shown how these theoretical approaches together create the methodological basis of emotionally focused psychotherapy, providing a deep understanding of the mechanisms



**Валентина
Ивановна
СЛЕПКОВА,**
доцент кафедры
социальной и семейной
психологии
Института психологии
БГПУ им. Максима Танка,
кандидат психологических
наук, доцент

of changing complex emotional and behavioral patterns, ways to create and strengthen emotional intimacy in the family.

Ключевые слова: привязанность, эмоциональная близость, психотерапия супружеских пар, открытость, эмпатия, паттерны взаимодействия, эмоционально фокусированная психотерапия.

Keywords: attachment, emotional intimacy, couples psychotherapy, openness, empathy, system, interaction patterns, emotionally focused psychotherapy.

В современной психотерапии насчитывается больше тысячи разных направлений и 400 конкретных подходов. Все они различаются степенью конкретизации, глубиной

теории, количеством и качеством эмпирического опыта [1]. При таком обилии психотерапевтических подходов интересен опыт и принципы интеграции разных направлений, ставших концептуальными основаниями эмоционально фокусированной психотерапии.

Эмоционально-фокусированная терапия (далее — ЭФТ), разработанная Сью Джонсон и Лесли Гринберг в 1980-х годах, базируется на фундаментальных психологических теориях, объясняющих механизм действия и терапевтическую эффективность данного подхода.

Теория привязанности Джона Боулби, гуманистическая концепция человека Карла Роджерса, структурный подход к семье Сальвадора Минухина, объединенные в целостную модель, стали методологическим основанием для построения теории и практики ЭФТ. Важно отметить, что идея интеграции теорий исходила от практикующего психотерапевта С. Джонсон, пытавшейся ответить на вопрос, как помочь супружеским парам, которые застряли в постоянно возобновляющихся конфликтах. Терапевтическая практика вызвала к жизни терапевтическую теорию.

Проанализируем вклады каждого из трех источников в концептуальное основание ЭФТ.

Теория привязанности и ЭФТ. Теория привязанности Дж. Боулби фокусируется на важности ранних отношений и роли привязанности в построении эмоционально стабильной личности. Основной акцент сделан на эмоциональных связях, которые формируются между ребенком и значимым взрослым, и на их роли в развитии личности [2].

Реакции привязанности встроены в нас природой. Потребность в безопасной эмоциональной связи с другим

человеком заложена миллионами лет эволюции. Человеческие существа обладают врожденной потребностью в привязанности и поддержке значимыми людьми. Нужда в эмоциональной близости является одной из базовых потребностей, более значимой, чем потребность в еде или сексе.

Типы привязанности у детей (безопасный, тревожно-амбивалентный, избегающий и дезорганизованный) складываются на основе раннего опыта взаимодействия со значимым взрослым [3]. При этом Дж. Боулби писал о возможности изменения типа привязанности в процессе жизни человека.

ЭФТ развивает положение Дж. Боулби об изменчивости типа привязанности, опираясь на современные теории привязанности. Типы детской привязанности в значительной мере переносятся во взрослую жизнь, но также могут модифицироваться в отношениях. Эти же модели сохраняются в зрелом возрасте, выступая в качестве основ для романтических и дружеских связей.

Ранний опыт формирует спектр реакций человека на действия и слова других людей, порождает стратегии управления сильными эмоциями, а также рабочие модели себя и других. Эти модели могут развиваться и изменяться под воздействием новых переживаний, а могут работать как самосбывающиеся пророчества. Изменчивость типа привязанности зависит от партнера и жизненного опыта.

Будучи продолжением детской привязанности, привязанности взрослых наполнены иным содержанием. В детской привязанности ключевыми потребностями являются безопасность и эмоциональная поддержка, необходимые для выживания и развития. У взрослых эти потребности трансформируются, приобретая более зрелые формы, такие

как потребность в социальной принадлежности, любви, принятии. Однако базовые стремления к безопасности и поддержке остаются неизменными.

Результаты исследований показывают возможность изменения типа привязанности посредством осознанной работы над отношениями и развития рефлексивных способностей, что делает возможной трансформацию неадаптивных моделей привязанности в более зрелые и гармоничные. Внутренние рабочие модели определяют, как человек будет воспринимать себя и своих партнеров в будущем. У взрослых эти модели становятся более сложными, но остаются устойчивыми и влияют на межличностные отношения и способность к эмпатии, доверию и интимности.

ЭФТ рассматривает деструктивные поведенческие паттерны в отношениях как проявление ненадежной привязанности, активирующейся в ответ на угрозу разрыва или потери эмоциональной связи с партнером. Основная задача ЭФТ заключается в создании безопасной привязанности между партнерами, что способствует укреплению эмоциональной близости и доверия [4].

Гуманистическая теория К. Роджерса и ЭФТ. Идеи гуманистической теории К. Роджерса о сущности человека, о значении открытости, доверия, эмпатии в построении супружеских отношений приняты в концепции ЭФТ.

Создатель гуманистического направления в психологии и психотерапии К. Роджерс считал, что каждый человек рождается с врожденной склонностью к самоактуализации, к личностному росту. Исходя из собственного потенциала, человек стремится реализовать его в соответствии со своими интересами. Однако здоровое стремление к самоактуализации разрушается желанием одобрения. Человек с детства учится

делать то, чего от него ждут другие. Так возникает конфликт между стремлением к самоактуализации и потребностью в одобрении, что приводит к искажению истинных чувств, утрате конгруэнтности, нарушению аутентичности.

Супружеские отношения — это особые отношения близости, интимности. В семье возможно создать такой тип отношений, который помогает партнерам раскрыть их потенциал, ведет к изменению и развитию личности, личностному росту. Для таких отношений необходимы смелость в предъявлении своих уязвимостей, откровенность и искренность в отношении себя, открытость и эмпатия, доверие к партнеру, признание безусловной ценности человека. Выстраивание таких отношений требует мужества и партнерства.

Благодаря постоянной работе над взаимоотношениями, связанными с совместной жизнью и любовью, в супружеских отношениях возникают преданность и привязанность. Суть привязанности, по Роджерсу, состоит в постоянстве и развитии взаимоотношений между двумя любящими людьми.

Эти концептуальные положения гуманистической психологии К. Роджерса взяты С. Джонсон за основу в практике терапевтического процесса. Создание безопасного пространства, где партнеры могут открыто говорить о своих переживаниях и страхах, является базовым условием начала и успешности процесса терапии, способствует перестройке негативных паттернов взаимодействия и созданию более близкой эмоциональной связи между партнерами.

Исключительным инструментом достижения психотерапевтического альянса с парой является горячо принимаемая и высоко оцениваемая К. Роджерсом эмпатия. Эмпатия в ЭФТ не только способствует безопасности

в процессе терапии, но и стимулирует партнеров более открыто делиться своими эмоциональными переживаниями друг с другом. Открытое общение, основанное на эмпатии, может стать базой для доверительных отношений в браке и привести к подлинной близости [5].

Психотерапевт направляет клиентов к пониманию своих первичных эмоций и потребностей, что позволяет им раскрыть более глубокие слои своей личности. Подобно К. Роджерсу, ЭФТ стремится создать условия для того, чтобы клиенты могли безопасно исследовать и выражать свои глубинные эмоции. Терапия направлена на то, чтобы помочь партнерам осознать и открыть свою уязвимость друг перед другом. Супруги учатся воспринимать уязвимость не как слабость, а как путь к укреплению эмоциональной связи и безопасной привязанности.

ЭФТ заимствовала у К. Роджерса используемые им принципы и техники психотерапевтической работы: принимающая позиция психотерапевта, фокус на «здесь и сейчас», активное слушание, эмпатическое отзеркаливание, перефразирование и уточнение, углубление эмоций, резюмирование.

Структурная семейная психотерапия и ЭФТ. Важным теоретическим основанием практики ЭФТ стали многие принципы системного подхода к семье, в частности, структурной семейной психотерапии С. Минухина. Прежде всего отметим значимость принятия системного взгляда на семью, отношения к ней как к целостному организму со своей структурой: границами, иерархией, правилами и ролями.

Приверженность системному мышлению, признание циркулярной причинности, основанной на взаимосвязанности, взаимообусловленности всех элементов и процессов в семейной

системе, позволило системным семейным психотерапевтам выявлять негативные, самовоспроизводящиеся последовательности эмоционального, поведенческого и когнитивного характера [6].

Объектом психотерапевтического воздействия стали не личностные особенности партнеров, а коммуникативные нарушения в системе супружеских отношений. Супруги в ЭФТ не соревнуются друг с другом, а выступают совместно против негативного цикла, который является следствием потери эмоциональной связи между партнерами.

В ЭФТ успешно используется практика инсценировки С. Минухина, позволившая психотерапевту изменять границы между семейными холонами, внутри супружеского холона непосредственно на приеме у психотерапевта. Инсценировки в ЭФТ — это путь к открытости и доверию супругов, приобретаемый на сессиях опыт.

Использование циркулярного интервью показало возможность прямо на терапевтической сессии выявлять, исследовать и изменять дисфункциональные ригидные паттерны взаимодействия супругов [7].

Системный подход к семье позволил терапевтам ЭФТ понять то, как эмоциональные реакции партнеров взаимосвязаны и формируют устойчивые паттерны взаимодействия. Взаимоотношения рассматриваются как динамическая система, в рамках которой поведение одного партнера оказывает влияние на другого. Деструктивные реакции одного партнера могут вызывать ответные защитные реакции у другого, что порождает так называемую негативную цикличность. Основная цель ЭФТ в данном контексте состоит в выявлении и прерывании этой цикличности, что

позволит партнерам перейти к более здоровым и поддерживающим формам взаимодействия.

Подводя итог, очертим методологию ЭФТ с учетом вклада каждого подхода.

- *Теория привязанности* предоставляет базовые понятия для анализа и интервенции: эмоциональная безопасность, страхи разрыва привязанности, паттерны реакций привязанности. Это создает четкую теоретическую рамку для работы с дистрессом в отношениях.
- *Гуманистическая теория* обосновывает стиль работы терапевта, подчеркивая важность эмпатии, открытости и принятия, фокуса на «здесь и сейчас». Это позволяет создать безопасную среду на терапевтических сессиях, где клиенты могут исследовать свои глубинные эмоции.
- *Структурная теория* привнесла системный взгляд на семью, предлагая инструменты для выявления и изменения деструктивных циклов взаимодействий между партнерами. Это помогает терапевту вмешиваться не только на уровне индивидов, но и на уровне их системы отношений.

Таким образом, теория привязанности стала основой для понимания природы взрослых любовных отношений и истоков их нарушения. Применение принципов и практик гуманистической

терапии и системного подхода к динамическим процессам семьи сыграли роль в обогащении психотерапевтических инструментов для восстановления эмоциональной близости и доверия между партнерами.

Результатом интеграции трех источников явился новый уникальный подход, который соединяет глубину понимания эмоций и привязанности, гуманистическую эмпатию и системный фокус на изменении паттернов взаимодействия. ЭФТ становится мощным инструментом для создания глубоких и долговременных изменений в семейных отношениях.

СПИСОК ЦИТИРОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Гринберг, Л. Эмоционально-фокусированная терапия для пар / Л. Гринберг, С. Джонсон. — М. : Когито-Центр, 2013. — 368 с.
2. Боулби, Дж. Привязанность: теория и практика / Дж. Боулби. — М. : Когито-Центр, 2018. — 396 с.
3. Эйнсворт, М. Образцы привязанности. Клинические и теоретические исследования / М. Эйнсворт. — М. : Институт консультирования, 2015. — 320 с.
4. Джонсон, С. Сила привязанности: Эмоционально-фокусированная терапия для создания гармоничных отношений / С. Джонсон ; пер. с англ. Э. Каирова, Ю. Распутина. — М. : Манн, Иванов и Фербер, 2021. — 368 с.
5. Роджерс, К. Становление личности: Взгляд на психотерапию / К. Роджерс. — М. : Эксмо, 2020. — 448 с.
6. Минухин, С. Техники семейной терапии / С. Минухин, Х. Фишман. — СПб. : Речь, 2012. — 352 с.
7. Хейли, Дж. Стратегическая семейная терапия / Дж. Хейли. — СПб. : Питер, 2011. — 336 с.

Материал поступил в редакцию 29.12.2024.

Психологическая поддержка женщины в кризисной ситуации рождения ребенка с нарушением развития

Аннотация. В статье рассматриваются комплекс переживаний женщины и способы совладания с кризисной ситуацией в случае рождения ребенка с особенностями психофизического развития. Предлагается понятие материнской позиции как целостного отношения матери к особому ребенку, которое включает три взаимосвязанных компонента: отношение матери к ребенку, отношение к его дефицитности, отношение матери к себе. Обосновывается содержание психологической поддержки матери в процессе совладания с кризисом рождения ребенка с нарушением развития, которая может быть реализована в методологии когнитивно-поведенческой терапии.

Annotation. The article examines the complex of experiences of a woman and ways of coping with a crisis situation in the event of the birth of a child with developmental disabilities. The concept of maternal position is proposed as a holistic attitude of a mother to a special child, which includes three interrelated components: the mother's attitude towards the child, the attitude towards his deficiency, the mother's attitude towards herself. The content of psychological support for mothers in the process of coping with the crisis of childbirth with a developmental disorder, which can be implemented in the methodology of cognitive-behavioral therapy, is substantiated.



**Ирина Евгеньевна
ВАЛИТОВА,**
профессор кафедры
социальной педагогики
и психологии Брестского
государственного
университета
им. А. С. Пушкина,
доктор психологических
наук, профессор

Ключевые слова: кризисная ситуация, ребенок с особенностями психофизического развития, нарушение развития, материнская позиция, совладание с кризисом, психологическая поддержка.

Keywords: crisis situation, child with special needs, developmental disorder, maternal position, coping with crisis, psychological support.

Появление в семье ребенка с особенностями психофизического развития (далее — ОПФР) является кризисной ситуацией и рассматривается в понятийном поле кризисной психологии. Для этой ситуации характерны такие специфические признаки, как внезапность наступления,

сверхнормативность события для человека, возникновение внутриличностного или межличностного конфликта, отсутствие опыта решения конфликта такого уровня, усложнение процессов жизнедеятельности, выход к пределам адаптационных ресурсов [1]. Данный кризис, как и любой другой, характеризует состояние, вызванное вставшей перед индивидом проблемой, от которой он не может уйти и которую не может разрешить в короткое время и привычным способом. Кризис порождает дефицит смысла дальнейшей жизни человека [2], делает невозможной реализацию жизненного замысла, результатом переживания становится «метаморфоза личности, перерождение ее, принятие нового замысла жизни, новых ценностей, новой жизненной стратегии, нового образа “я”» [3, с. 47].

Кризисная жизненная ситуация создает особые условия для проявления субъектности человека: он внезапно обнаруживает свою незначимость, уязвимость и зависимость от обстоятельств. Совладание с кризисной ситуацией рассматривается как активность, в ходе которой происходит восстановление депривированной субъектности человека [4]. Необходимыми условиями восстановления субъектности в кризисной ситуации является удовлетворение фундаментальной потребности личности в безопасности, наличие ресурса социальной поддержки, переосмысление человеком представления об окружающей действительности, а также подтверждение своей значимости, ценности и эффективности во взаимодействии с ситуацией. В качестве возможного итога совладания рассматривается посткризисный рост личности, отражающийся, в частности, в изменениях ценностно-смысловой сферы [5].

На основе модели Э. Кюблер-Росс [6] проживание матерями ситуации рождения ребенка с ОПФР и совладание с кризисной ситуацией описывается как процесс стадийный и линейный. Выделяются следующие **стадии переживания горя**:

отрицание → гнев → торг →
депрессия → принятие.

Стадийность переживания кризисной ситуации описывает универсальный механизм от отрицания и шока к принятию и отражает особенности адаптации женщины к сложившейся жизненной ситуации, а также трансформацию ее личности и отношений с особым ребенком.

Содержание и стадийность переживания женщиной кризиса рождения ребенка с ОПФР лишь в незначительной степени связаны с видом нарушения, или нозологией [7; 8].

Итоговой исследователи называют стадию принятия, или *эмоциональной реорганизации*. В это время матери начинают любить и ценить своего ребенка; развивают реалистичный взгляд на его дефицитарность; у них формируется позитивная установка по отношению к себе, вырабатывается оптимальный стиль взаимодействия с социальным окружением, преодолеваются социальные стереотипы в отношении ребенка с ОПФР [8]. Матери отделяют себя от ребенка и дефицитарность ребенка от его личности, оценивают себя в целом положительно, не испытывают чувств вины и долженствования, направлены на перспективу. Описывая будущее, женщины допускают отсутствие изменений к лучшему в контексте нейтрального отношения: «я смогу с этим жить» [4]. Они достигают такого принятия произошедшего с ними, которое позволяет изо дня в день сохранять разумно сбалансированный уровень адаптированности [7].

Процесс совладания матери с кризисом рождения ребенка с ОПФР мы предлагаем описывать как вариативное сочетание характеристик кризисного переживания: ценностно-смысловая направленность как определение главного изменения в жизни матери после рождения ребенка, поиск причин и виновных в болезни ребенка, внутренние ресурсы преодоления трудностей, обобщение собственного опыта в советах другим матерям, эмоциональное отношение к ребенку, самооценка личностных качеств.

Благоприятное переживание кризиса, или совладание с ним, проявляется в принятии, во-первых, себя как матери особого ребенка, во-вторых, самого ребенка, а также в отстаивании ценности своей и ребенка, в организации жизнедеятельности, направленной на удовлетворение базовых потребностей обоих. Формирование материнской позиции относительно ребенка с ОПФР осуществляется одновременно с процессом переживания матерью кризиса рождения ребенка с нарушениями в развитии и совладания с кризисом, поэтому при обсуждении последнего необходимо рассмотреть понятие материнской позиции относительно ребенка.

Ориентация на целостную систему отношений женщины как матери особого ребенка при оказании психологической поддержки матерям, имеющим детей с ОПФР, на наш взгляд, является более продуктивной, чем решение отдельных задач оказания помощи, рассматриваемых в некоторых работах данной тематики. *Целью нашего исследования*, представленного в статье, было определить возможности и направления оказания психологической поддержки матерям, имеющим ребенка с ОПФР, на основе содержания компонентов материнской позиции как целостного отношения матери к ребенку.

Материнская позиция — это интеграция отношений матери в значимой для нее сфере — ребенок и его болезнь (расстройство, нарушение развития). Материнская позиция включает в себя *три взаимосвязанных компонента*: отношение матери к ребенку, отношение матери к болезни ребенка, отношение матери к самой себе. Каждый из компонентов характеризуется системой представлений, эмоционально-оценочного отношения и поведением матери относительно ребенка, его болезни и самой себя, а также имеет специфику, обусловленную возрастными и нозологическими особенностями ребенка.

Особенности компонентов материнской позиции относительно ребенка с ОПФР на основании анализа результатов различных исследований, в том числе исследования структуры материнской позиции относительно ребенка раннего возраста с церебральной органической патологией [9].

Универсальность материнской любви по отношению ко всем детям, ее возникновение обусловлено прежде всего биологическими факторами (вынашиванием ребенка в материнском теле, телесной связью женщины и ребенка, биологическими механизмами импринтинга и привязанности, осуществлением грудного вскармливания). Однако женщина, ставшая матерью особого ребенка, устанавливает отношения с ним в психологически трудной для нее ситуации.

Анализируя процесс принятия женщиной материнской роли, Д. Стерн полагает, что он в первую очередь характеризуется принятием ответственности за жизнь другого человека. В связи с этим может возникнуть проблема, связанная с неуверенностью и тревогой, ведь женщина берет на себя ответственность за то, чего она ранее никогда не делала.

Когда мать принимает на себя ответственность за рост и развитие ребенка, она уже справилась с чувством вины. Успешность развития ребенка подвергается социальной оценке, и чувства, связанные с особым ребенком, понимание его индивидуальности становятся важными источниками принятия материнской роли. Д. Стерн утверждает, что, открывая потребности ребенка, помогая формироваться побудительным силам его деятельности, женщина окончательно превращается в мать [10].

Матери в период переживания ими кризисной жизненной ситуации рождения ребенка с ОПФР испытывают по отношению к нему сложный комплекс эмоций и чувств, а именно: эмоциональную напряженность, гнев; тревогу, грусть, печаль; чувство неопределенности, пессимизм; депрессивность; чувство утраты эмоционального контроля над ситуацией; чувство стыда за рождение такого ребенка; чувство разочарования; чувство отчаяния, беспомощности и некупаемости огромных физических и психологических усилий; чувство жалости к себе, обиды [4; 7; 8; 11]. Перечень испытываемых матерями эмоциональных состояний свидетельствует о преимущественно негативном эмоциональном фоне, на котором формируется и проявляется материнское отношение к особому ребенку.

Согласно нашим данным матери детей раннего возраста испытывают амбивалентные эмоциональные переживания, что свидетельствует о двунаправленном отношении матери к ребенку с ОПФР: с одной стороны, как к субъекту с возрастными и индивидуальными особенностями, а с другой — как к носителю болезни; при этом эмоционально насыщенное позитивное отношение преобладает. Амбивалентность проявляется в полярности испытываемых эмоций, в проявлении чувств

любви, симпатии, антипатии, недовольства ребенком, в тревоге и мечтах женщины. Матери беспокоятся относительно болезни, симптомов и диагноза ребенка, его характера; раздражаются по поводу негативного поведения ребенка и непонимания его причин; мечтают о выздоровлении ребенка, о его благополучном развитии; испытывают страхи, что проблемы со здоровьем у ребенка сохранятся, что их собственных усилий будет недостаточно или они окажутся напрасными.

Среди всего многообразия эмоций и чувств, испытываемых матерью, наиболее часто называется *чувство вины и стыда*. Чувство вины появляется после совершения проступка и возникает вследствие негативной оценки человеком собственных мыслей или действий, а чувство стыда возникает вследствие реальной или воображаемой негативной оценки, исходящей от других людей. В основе переживания чувства вины лежит осознание собственной неправоты по отношению к другому, огорчение, грусть, гнев на себя, чувство ответственности. В основе переживания чувства стыда — осознание собственной неумелости, непригодности, беспомощности, неадекватности, страх осуждения, гнев и злость, желание стать невидимым. К. Муздыбаев рассматривает вину как способ проявления рефлексивного отношения человека к себе, когда его «я» выступает одновременно в виде субъекта и объекта самоанализа [12]. Вина тесно связана с социальной ответственностью.

Чувство вины у матери больного ребенка А. М. Сорокин соотносит с иррациональным чувством страха за него, которое придает иррациональный характер и чувству вины [13]. Л. Н. Тихомирова определяет принятие матерью кризисной ситуации рождения особого ребенка как «любь к себе и ребенку,

очищенную от стыда за его и свое не-совершенство» [14].

Появление чувств вины и стыда напрямую связано с процессами стигматизации и дискриминации матерей, родивших и воспитывающих детей с ОПФР. Дискриминация оказывает огромное влияние на самооценку и чувство самозффективности личности. Матери детей с расстройством аутистического спектра испытывают на себе влияние социальной стигмы, подвергаются дискриминации, что приводит к интернализированной стигматизации (*self-stigma*), которая выражается в том, что стереотипы и стигмы обыденного сознания о ментальных расстройствах у детей матери встраивают в собственную картину мира [15]. Женщина, родившая ребенка с ОПФР, воспринимает и принимает стигматизацию по отношению не только к своему ребенку, но и к самой себе: если я родила неполноценного ребенка, значит, я сама неполноценная, ибо социальная задача женщины — дать жизнь другому человеку как члену общества.

При рассмотрении процесса переживания кризисной ситуации важно проанализировать не только эмоциональные состояния женщины — матери особого ребенка, но и ее когниции (мысли, убеждения), которые прямо связаны с эмоциями и эмоциональными состояниями. Для матерей характерны такие когнитивные искажения, как убеждение во враждебности мира, мысли о катастрофизации, невозможности контроля, неспособности управлять событиями, о некомпетентности и беспомощности. Примеры таких когнитивных искажений: *«У хорошей матери ребенок должен быть без изъянов»*, *«Я плохой родитель, если мой ребенок ведет себя так ужасно»*, *«Мой ребенок всегда должен вести себя хорошо»*, *«Меня раздражает, когда мой*

ребенок упирается и не хочет делать то, что я прошу (хочу)», *«Мне стыдно перед людьми за своего ребенка. Пока не накричишь, ничего не добиться!»*, *«Я плохая мать, так как мой ребенок неполноценный»*, *«Мой ребенок навсегда останется инвалидом»*.

По данным нашего исследования, описывая своего ребенка, матери детей с церебральной органической патологией значительно чаще называют позитивные качества по сравнению с дефицитными качествами ребенка; их целью является достижение ребенком результатов в освоении двигательных навыков и речи, но не развитие качеств индивидуальности и субъектности. Материнский образ ребенка включает реально имеющиеся и проецируемые на него качества, в нем сочетаются признаки реалистичности суждений и пристрастности матери, так как данный образ конструируется под влиянием потребностей матери добиться нормативного развития ребенка.

Словесный портрет ребенка, составленный матерями, отражает субъективные материнские представления о характеристиках развития ребенка раннего возраста с церебральной органической патологией. Он включает широкий набор категорий, описывающих достижения ребенка в разных областях, его индивидуальные характеристики, отношения с другими людьми, а также поведение на занятиях и процедурах. Более значимыми в словесных портретах были категории, обозначающие достижения ребенка, менее значимы — его индивидуальные качества и качества субъектности. Составляя словесный портрет своего ребенка, матери значительно чаще называют его позитивные качества, чем негативные (дефициты). Развитие у детей индивидуальных качеств и качеств субъектности

не входит в структуру целевых приоритетов матерей.

Содержание портрета ребенка у матерей связано с их общим эмоциональным отношением к нему и к самой себе: высокий уровень принятия ребенка сопряжен с повышением частоты упоминания достижений ребенка и качеств субъектности, низкий уровень — с указанием негативного поведения ребенка и его отношения к занятиям, что связано с неумением матери воздействовать на поведение своего ребенка.

Таким образом, можно сделать вывод: образ ребенка конструируется под влиянием потребности матери достичь полного его благополучия и соответствия показателям нормотипичного развития.

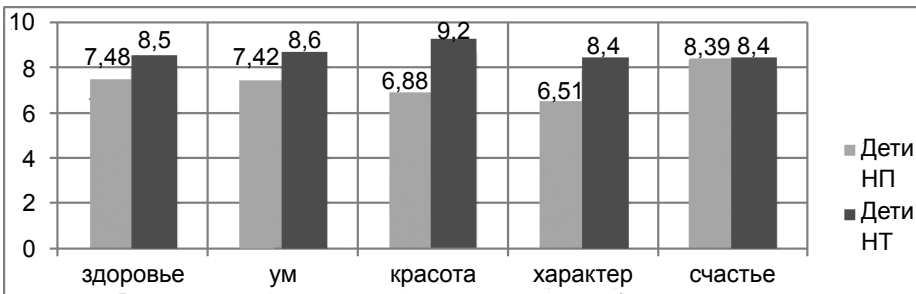
Содержание образа ребенка связано с идеей о «ребенке мечты» и ее утрате, ведь ребенок с ОПФР не соответствует социальным представлениям о том, какого ребенка должна родить обычная (нормальная, полноценная, среднестатистическая) женщина. Так, если матери считают, что они дали жизнь не «ребенку мечты», то:

- 1) у них возникают мысли не о благополучии ребенка, а о его выздоровлении;
- 2) они реже указывают на сильные стороны ребенка:
- 3) говорят, что не о таком ребенке они мечтали;

4) для них ресурсом в достижении ребенком нормы в развитии является указание на сильные стороны ребенка.

Анализ содержания самосознания женщины имеет важное значение для понимания того, как она относится к самой себе, на какие ценности и смыслы опирается. Нами установлено, что матери детей с патологией осознают себя в системе семейных и межличностных отношений как жену, родственницу и друга, как личность и индивидуальность, однако они не называют себя матерью особого ребенка, не осознают себя в роли помогающих специалистов, хотя и выделяют в себе качества, необходимые для поддержки ребенка [9].

Данные, представленные на рисунке, показывают, что, оценивая себя по шкалам самооценки (здоровье, ум, красота, характер), матери дают себе более низкие оценки по сравнению с матерями нормотипичных детей. Мы объясняем это действием механизма приписывания себе ярлыка неполноценной матери, который распространяется на личностную сферу женщины. Однако наличие у ребенка нарушения в развитии не делает женщину менее счастливой — она находит другие критерии для счастья, к которым относятся улучшение в состоянии здоровья и в развитии ребенка, его продвижение на пути к выздоровлению.



Примечание. НП — неврологическая патология; НТ — нормотипичные дети

Рис. Показатели самооценки матерей

Оказалось, что оценка себя как матери особого ребенка и оценка себя как личности складываются независимо друг от друга и основываются на разных критериях. Данные *таблицы* свидетельствуют, что женщины, считающие себя хорошими матерями, ориентируются на свои усилия по обеспечению благополучного развития ребенка

и уверены, что дефициты ребенка удастся преодолеть. Женщины, считающие себя недостаточно хорошими матерями, ориентируются на недостатки своего характера и самооффективности, на вероятность сохранения дефекта ребенка в будущем. Женщины также считают себя недостаточно хорошими матерями, если ребенок родился раньше срока.

Таблица. Корреляционные связи показателя оценки себя как матери

Характеристика	«Я хорошая мама»	«Я недостаточно хорошая мама»
Признает сохранение дефектов ребенка в будущем	$r_s = -0,252, p = 0,05, n = 66$	$r_s = 0,290, p = 0,05, n = 66$
Ресурс «Вера и надежда»	$r_s = -0,239, p = 0,05, n = 54$	$r_s = 0,239, p = 0,05, n = 54$
Недоношенность ребенка	$r_s = -0,277, p = 0,023, n = 58$	$r_s = 0,306, p = 0,012, n = 58$
Тяжелые нарушения развития ребенка	$r_s = -0,190, p = 0,044, n = 71$	$r_s = 0,240, p = 0,033, n = 71$

Сосредоточенность матери на проблемах ребенка приводит к снижению качества ее жизни из-за невнимания к собственным психологическим потребностям, что не только негативно влияет на эмоциональное благополучие ребенка, но и сказывается на психологическом здоровье женщины, ее личностном функционировании и функционировании семьи [16]. В работе А. Б. Холмогоровой и соавторов, посвященной анализу посттравматического роста личности матерей детей с РАС, доказано, что большинство матерей сосредоточено не на себе, а на ребенке, оценка негативных качеств ребенка преобладает над оценкой его позитивных качеств [5].

Отношение матери к болезни (нарушению развития, расстройству) начинает складываться при узнавании и принятии ею диагноза ребенка, что может произойти в разные сроки, которые не всегда совпадают со сроками установления диагноза специалистами.

Особенности понимания и признания родителями факта нарушения развития у ребенка и узнавание диагноза трактуется как тяжелое стрессовое событие, совладание с которым определяется содержанием представлений родителей о происхождении, течении и исходах болезни [17]. Установки родителей относительно причин нарушения в развитии их ребенка имеют специфику в зависимости от нозологической принадлежности расстройства ребенка, хотя большинство склонно воспринимать его достаточно реалистично, рассматривая средовое влияние как главный фактор, но при этом долю ответственности возлагая на себя. При наличии у ребенка тяжелого инвалидизирующего заболевания родители в одинаковой степени подвержены мистическому представлению о причинах болезни или расстройства [18].

Внутренняя картина болезни ребенка у матери и объективная клиническая картина патологии по содержанию

являются не совпадающими, но пересекающимися реальностями. Несовпадение относится к оценке женщинами состояния ребенка как нормы/патологии, пониманию факторов нарушения, оценке симптомов, исходов, методов лечения и реабилитации. Независимо от вида патологии для матерей характерны высокий уровень тревожности, склонность к поиску причин и приписывание вины за возникновение заболевания, оценка степени тяжести разной степени адекватности.

Установлена взаимосвязь отношения матери к болезни ребенка и общего к нему эмоционального отношения: мать менее напряженно относится к болезни ребенка и воспринимает ее как менее тяжелую, если она эмоционально принимает ребенка, а также хорошо понимает причины его поведения и состояния.

При сравнении ребенка с другими детьми матери используют механизм «идущего вниз сравнения», который описывается как совпадение в кризисных жизненных ситуациях. *«Моей подруге еще тяжелее, ее муж бросил», «Многие дети намного хуже, там и ДЦП, и вообще...», «Я считала, что женщины в сетях пишут про своих детей, так мы намного лучше».* Сравняя своего ребенка с другими детьми, матери в большинстве случаев воспринимают его состояние как менее тяжелое, ориентируясь на более сложные случаи, которые мать всегда находит для сравнения. Эти данные отличаются от данных относительно матерей детей с РАС, для которых типичен механизм «идущего вверх сравнения». Такие женщины описывают свою ситуацию как более тяжелую по сравнению с другими семьями [5].

Таким образом, кризисная ситуация рождения ребенка с ОПФР характеризуется специфическими признаками

и задачами, которые решает мать: 1) выстраивание отношений и воспитание ребенка с учетом его возрастных особенностей для обеспечения гармоничного развития и эмоционального благополучия; 2) понимание и принятие факта наличия заболевания у ребенка, требующего приложения усилий по его преодолению; 3) избавление от образа будущего как неопределенного через принятие невозможности полного излечения ребенка и избавления его от проблем, организация жизни своей и ребенка с учетом этого факта; 4) использование ресурсов оказания помощи ребенку; 5) принятие факта своего особого материнства.

Полученные нами данные дают основание полагать, что процесс переживания матерями кризисной ситуации рождения ребенка с ОПФР не является линейным — стадия предварительного принятия ребенка, его дефицитности и себя как матери особого ребенка может наблюдаться уже в период его раннего развития. Признаком достижения полного принятия ситуации является избавление от анозогнозии при сохранении принятия ребенка, то есть признание матерью необратимости имеющегося у ребенка нарушения и сохранение эмоционально-нейтрального отношения к этому факту.

Направления, задачи и методы оказания психологической поддержки матерей, имеющих детей с ОПФР. Рассмотрение содержания компонентов материнской позиции приводит нас к выводу о целесообразности использования методологии когнитивно-поведенческой терапии в работе по оказанию психологической поддержки матерям детей с нарушениями развития. Отправной точкой анализа индивидуальной ситуации матери является модель ABC, позволяющая анализировать во взаимосвязи

“

Каждый из компонентов материнской позиции — отношение матери к ребенку, отношение матери к болезни ребенка, отношение матери к самой себе — характеризуется системой представлений, эмоционально-оценочного отношения и поведением матери относительно ребенка, его болезни и самой себя, а также имеет специфику, обусловленную возрастными и нозологическими особенностями ребенка.

”

когниции, эмоции и поведение человека, а также создавать индивидуальную концептуализацию случая и подбирать эффективные инструменты психотерапии [19]. Совладание женщины с кризисной ситуацией рождения ребенка с патологией актуализирует сложившиеся ранее дезадаптивные схемы поведения, под которыми понимается комплекс ригидных эмоциональных представлений о себе и реальности, сформированных в раннем детстве и проявляющихся в стрессовой ситуации. К ним относятся чувства одиночества, изоляции, собственной дефектности, страха и т. д., которые испытывает человек [20]. Психологическая поддержка женщины, переживающей кризисную ситуацию рождения ребенка с ОПФР, может включать проведение схематерапии как одного из направлений когнитивно-поведенческой терапии.

Отношение матери к болезни (расстройству, нарушению развития) ребенка. Основным направлением психологической поддержки матерям является *психообразование*. Для понимания специфики нарушения

развития ребенка и особенностей его поведения необходимо ознакомить женщину с широким кругом вопросов: симптомы нарушения, его причины, возможности преодоления, исходы. Особое внимание уделяется анализу поведения ребенка: распознаванию симптомов поведения, которые являются признаками расстройства, и особенностей поведения ребенка, которые являются результатом его взаимодействия с матерью (например, гиперопекающее поведение матери, ограничение ею субъектных проявлений ребенка, манипулирование ребенка матерью и др.).

При анализе поведения ребенка особой задачей является установление связи поведения ребенка с поведением матери, на основании чего могут планироваться и проводиться поведенческие эксперименты. Женщина должна на практике проверить существование зависимости поведения ребенка от ее собственного поведения по отношению к нему. Психолог обучает мать разным вариантам поведения с ребенком, а та реализует их и выбирает наиболее результативные. Изменение в результате этого поведения ребенка важно и для самой матери — она убеждается в своих умениях справляться с ребенком, у нее повышается уровень самоэффективности.

Отношение матери к ребенку.

Работа с образом ребенка у матери необходима для преодоления результатов когнитивных искажений и психологической защиты женщины, которые отражаются в ее представлении о ребенке, или в так называемых родительских атрибуциях. Восприятие взрослым качеств и свойств ребенка и его эмоционального состояния, убеждения взрослых относительно детей, прогнозирование возможностей и ограничений детей может повлиять на их психическое

развитие гораздо больше, чем их действительное состояние здоровья и психики [21]. Важной задачей становится формирование у матери представлений о возможностях и ограничениях ее ребенка, преодоление акцента на дефицитах и смещение внимания на позитивные стороны ребенка. С процессом личностного роста и благополучия самих матерей связана установка на поиск ресурсов ребенка и поддержка его конструктивной активности, но не концентрация на его недостатках [5].

Работа с ценностями и смыслами предполагает усиление для матери ценности самого ребенка с его ограничениями и дефицитами, а не просто ребенка «такого, как все» или «ребенка мечты».

Для выявления содержания образа ребенка психолог может использовать различные проективные методики, клиническую беседу («Расскажите о своем ребенке»), методики неоконченных предложений.

Примеры неоконченных предложений:

- ✓ По сравнению с другими детьми его/ее возраста...
- ✓ Моего ребенка интересует...
- ✓ Когда мы с ним/ней бываем среди других детей...
- ✓ Мой ребенок любит...
- ✓ Самое главное в характере моего ребенка...
- ✓ Мой ребенок силен в...
- ✓ Мой ребенок достаточно способен, чтобы...
- ✓ Думаю, что ему/ей мешает...
- ✓ Самое трудное, что пережил мой ребенок...
- ✓ Он/она предпочитает...

Отношение матери к себе. Психологическая поддержка женщины направлена на повышение гармоничности образа собственного «я», принятия себя, осознания своих сильных сторон как личности и как матери особого ребенка.

Посттравматический рост личности матери происходит при обращении к самой себе в процессе поиска внутренних ресурсов самосознания, при осознании своей роли в достижении ребенком новых результатов, в обеспечении его эмоционального благополучия [5]. Необходимо строить работу в направлении усиления сосредоточения женщины на себе, на удовлетворении своих собственных потребностей, а не только концентрации на ребенке и его потребностях.

Важным направлением является работа с чувством вины и стыда с использованием техник когнитивной реструктуризации, «пирога ответственности», сократического диалога «как искупить вину». Большую роль играет использование техник самосострадания.

Оказание психологической поддержки матерям при переживании ими кризиса рождения ребенка с ОПФР может быть основано на модели материнской позиции как целостного отношения матери к ребенку и его дефицитарности. Данная модель может рассматриваться как инструмент оказания психологической поддержки матерям, имеющим детей с ОПФР, и использоваться психологами-практиками в работе с особыми детьми и их матерями. Важными также являются направления психологической поддержки матерей с использованием методологии когнитивно-поведенческой терапии.

СПИСОК ЦИТИРОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Пергаменщик, Л. А. Психологический код выживания : монография / Л. А. Пергаменщик. — Брест : БрГУ, 2015. — 262 с.
2. Франкл, В. Человек в поисках смысла : сборник / В. Франкл ; пер. с англ. и нем. ; общая ред. Л. Я. Гозмана, Д. А. Леонтьева ;

вступ. ст. Д. А. Леонтьева. — М. : Прогресс, 1990. — 368 с. — (Библиотека зарубежной психологии).

3. Василюк, Ф. Е. Психология переживания / Ф. Е. Василюк. — М. : Изд-во Моск. ун-та, 1984. — 198 с.

4. Лянцевич, А. В. Переживание кризиса родителями детей с ОПФР / А. В. Лянцевич // Медико-психологические проблемы реабилитации детей : сб. науч. статей / Брест. гос. ун-т им. А. С. Пушкина ; под общ. ред. И. Е. Валитовой. — Брест : БрГУ, 2014. — 186 с. — С. 81–90.

5. Холмогорова, А. Б. Установка на поддержку субъектной позиции ребенка и посттравматический рост у родителей детей с ОВЗ / А. Б. Холмогорова, А. И. Сергиенко, А. А. Герасимова // Культурно-историческая психология. — 2020. — Т. 16, № 1. — С. 13–24.

6. Кюблер-Росс, Э. О смерти и умирании / Э. Кюблер-Росс. — Киев : София, 2000. — 320 с.

7. Современные подходы к болезни Дауна : монография / ред.: Д. Лейн, Б. Стрэтфорд ; пер. : М. Г. Блюмина, Н. И. Осьмакова. — М. : Педагогика, 1991. — 336 с.

8. Савина, Е. А. Материнские установки к детям с нарушениями в развитии / Е. А. Савина, О. Б. Чарова // Вопросы психологии. — 2002. — № 6. — С. 14–19.

9. Валитова, И. Е. Материнская позиция относительно ребенка с проблемами развития: модель как инструмент работы психолога / И. Е. Валитова // Веснік Брэсцкага ўніверсітэта. — 2023. — № 1. — С. 168–175. — (Серія 3. Філалогія. Педагогіка. Псіхалогія).

10. Стерн, Д. Межличностный мир ребенка: взгляд с точки зрения психоанализа и психологии развития / Д. Стерн. — СПб. : Восточно-Европейский институт психоанализа, 2006. — 373 с.

11. Kingston, A. K. Mothering special needs: a different maternal journey / A. K. Kingston. — London : Philadelphia ; Jessica Kingsley Publishers, 2007. — 191 p.

12. Муздыбаев, К. Психология ответственности / К. Муздыбаев. — М. : Либроком, 2017. — 248 с.

13. Сорокин, В. М. Психологическое содержание реакций родителей на факт рождения больного ребенка / В. М. Сорокин // Вестник Санкт-Петербургского университета. — 2008. — Вып. 3. — С. 166–171. — (Сер. 12).

14. Тихомирова, Л. Н. Что такое принятие? [Электронный ресурс] / Л. Н. Тихомирова // Особый ресурс: поддержка родителей особых детей. — Режим доступа: http://xn--90ailsaobcfbu5g.xn--p1ai/accept_read. — Дата доступа: 26.12.2024.

15. Failing to meet the good parent ideal: Self-stigma in parents of children with mental health disorders / K. Eaton [et al.] // Journal of Child and Family Studies. — 2016. — Vol. 25, No. 10. — P. 3109–3123.

16. Health of mothers of children with a life-limiting condition: a comparative cohort study / L. K. Fraser [et al.] // Archives of disease in childhood. — 2021. — Vol. 106 (10). — P. 987–993.

17. Parent Recognition and Responses to Developmental Concerns in Young Children / J. Marshall [et al.] // Infants & Young Children. — 2016. — Vol. 29, No. 2. — P. 102–115.

18. Александрова, О. В. Когнитивная оценка родственниками причин заболевания ребенка (на примере детей с тяжелыми хроническими и неизлечимыми заболеваниями) / О. В. Александрова, А. Е. Ткаченко, И. В. Кушнарева // Педиатр. — 2016. — Т. 7. — Вып. 2. — С. 135–139.

19. Холмогорова, А. Б. Когнитивно-бихевиоральная терапия / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян // Современная психотерапия. — 2000. — С. 225–267.

20. Эшколь, Р. Схема-терапия: отличительные особенности / Р. Эшколь, Д. Ф. Бернштейн, Дж. Янг ; пер. с англ. — СПб. : Диалектика, 2021. — 192 с.

21. Minde, K. Maternal preference between premature twins up to age four / K. Minde // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. — 1990. — Vol. 29. — P. 367–374.

Материал поступил в редакцию 29.12.2024.

Фотография как инструмент психологического сопровождения женщин в ситуации перинатальной утраты

Аннотация. В статье рассматривается специфика использования фотографии в качестве психотерапевтического инструмента. Описывается опыт использования в зарубежной практике посмертной фотографии в ситуации перинатальной утраты как источника воспоминаний о ребенке и способа проведения ритуальной церемонии прощания с ним.

Annotation. The article discusses the specifics of using photography as a psychotherapeutic instrument. The article describes the experience of using post-mortem photography in foreign practice in a situation of perinatal loss as a source of memories of a child and a way to conduct a ritual ceremony of farewell to him.

Ключевые слова: фотография, фототерапия, перинатальная утрата, мертворождение, посмертная фотография, горе.

Keywords: photo, phototherapy, perinatal loss, stillbirth, post-mortem photography, grief.

Помимо словесного описания, понимание человеком собственных жизненных событий включает в себя значительный компонент невербального опыта. Переживание и придание смысла событиям и явлениям происходит также посредством образов и метафор, играющих важную роль



**Елена
Александровна
ПЕТРАЖИЦКАЯ,**
*преподаватель кафедры
социальной и семейной
психологии Института
психологии БГПУ
им. Максима Танка*

в формировании целостной картины жизненного пути. Иногда именно образы, в частности других людей, могут заменять человеку их личность, особенно в тех ситуациях, когда эти люди больше не являются частью его повседневной жизни.

Примерно с 1970-х годов стало развиваться направление психологической практики, использующее фотографию в качестве психотерапевтического инструмента [1]. Работа с применением фотографии была направлена на выявление индивидуальных ассоциаций с образами и исследование внутренней картины реальности клиента [2]. Чуть позже стал издаваться журнал Phototherapy, были опубликованы

работы ведущих представителей фототерапии (А. Энтин, Д. Фрайрир, П. Хоган, Д. Краусс, Д. Стюарт и др.). В российской психологии возможности фототерапии изучают и описывают А. И. Копытин, О. Н. Перевезенцева, М. Е. Бурно, однако можно отметить немногочисленность публикаций по данной теме.

С учетом цели психотерапевтического взаимодействия и используемых техник фотография, по мнению А. С. Агалаковой, может выполнять следующие психологические функции:

- актуализировать воспоминания;
- мобилизовать внутренние возможности;
- интегрировать опыт;
- объективировать переживания и личностные проявления;
- отражать динамику внешних и внутренних изменений;
- образовывать новые смыслы в понимании своих поступков и переживаний;
- контейнировать чувства, а также выражать их, достигая катарсиса [3].

Фактическое значение фотографии не столько в ее визуальных эффектах, сколько в том, какие переживания и мысли они вызывают. Рассматривая фотоснимок, люди бессознательно вкладывают в него свое субъективное значение и смыслы вне зависимости от того, что хотел передать фотограф. Поэтому смысл и значения фотографии и заложенного в ней «эмоционального сообщения» зависят от того, кто на эту фотографию смотрит [1].

Ж. Вайзер отмечает существование трех основных подходов в направлении использования фотографии: фототерапия, терапевтическая фотография и фото-арт-терапия. А. С. Агалакова перечисляет основные особенности в различении данных направлений.

Так, фото-арт-терапия предполагает выражение внутреннего содержания посредством создания внешнего объекта (фотоколлаж, фотоистория, фотоинсталляция), а терапевтическая фотография, наоборот, заключается в интернализации внешнего объекта (сфотографированной реальности) как символа внутреннего содержания (воспоминания, переживания). По мнению автора, для фото-арт-терапии характерной является эмоционально-экспрессивная функция, позволяющая выразить эмоции и переживания посредством самого процесса создания арт-объекта. В фототерапии в большей степени акцент делается не на процессе творчества, а на использовании фотоизображений как предмета для обсуждения и нахождения символических связей с прошлой и настоящей жизнью клиента [3].

Эффективность взаимодействия психолога и клиента зависит не только от понимания и катарсиса, но и от когнитивного переструктурирования нового опыта и его интеграции в новую картину себя и мира, что и происходит в процессе фототерапии [3]. Последняя в целом предполагает использование личных снимков и семейных фотографий клиентов, а точнее, чувств, воспоминаний, мыслей и информации, которые ими порождаются в качестве катализаторов терапевтической коммуникации [1]. А актуализация в памяти событий прошлого помогает выстроить личностную идентичность, осознать свою уникальность и смысл собственной жизни [2].

Сеанс фототерапии включает в себя: изучение готовых фотографий; фотографирование разных объектов, людей и самого клиента; представление, обсуждение и реконструкцию фотоснимков с целью иллюстрации нарративов, восстановленных в памяти

или воображении. В отличие от фототерапии, в терапевтической фотографии человек использует фотографии и процесс фотосъемки самостоятельно (без контроля со стороны психотерапевта), в целях творческого самовыражения, самопознания, социальных или личных изменений [1].

Фотографии, когда они составляют упорядоченную совокупность снимков, формируют более масштабную картину (например, семейный альбом). В альбомах фиксируют особенные моменты, места и людей, значимых в жизни человека, создавшего этот альбом [1]. На страницах фотоальбомов представлены не только отдельные личности, но и то, как они вписаны в многочисленные, более широкие контексты и семейные системы. Процесс рассматривания такого альбома вызывает чувство ностальгии, возвращая в воспоминаниях в «счастливое прошлое» [2]. Однако данные семейные фотографии отражают лишь поверхностный смысл множества скрытых в них нарративов. Такие альбомы обычно создаются с целью показать семью «с лучшей стороны». Согласно нарративной теории любая история создается из последовательности предложений, в которых важен не только выбор отдельных слов, но и их порядок. Если слова заменить на снимки, то легко заметить, что семейный альбом — это не объективный документ семейной истории, но личная конструкция из выбранных фактов и история, конструируемая на страницах альбома, всегда будет избирательной [1].

С 1983 года Р. Мартин начал использовать такой метод психотерапии, как «реконструирующая фотография», которая направлена на воссоздание и реконструкцию некоторых событий и их запечатление. По мнению автора, фотография в такой технике призвана не

только «поймать» образ, но и сделать его более реальным. Задача этого метода состоит в том, чтобы помочь клиенту стать хозяином своего прошлого и настоящего, понять свой травматичный опыт и те сложные чувства, которые с ним связаны и от которых клиент пытается дистанцироваться. Благодаря возвращению в прошлое, повторному пере проживанию сложных чувств в актуальном моменте и их последующей трансформации достигается катарсический эффект [2].

На наш взгляд, в рамках выдвинутой темы важно также обратиться к истории выражения скорби посредством посмертной фотографии. Посмертная фотография использовалась во многих культурах прошлого как ресурс в ситуации тяжелой утраты. Она представляет собой такой исторический ритуальный аспект, как фотографирование близких после их смерти и хранение этих фотографий в повседневной жизни, что может приводить к интернализации не только «голосов» значимых других людей, но и их образов.

Такое отношение к смерти и ее образам совсем не характерно для представителей современной западной культуры, которые максимально отрицают существование смерти и избегают любых упоминаний о ней точно так же, как избегают из-за бессознательного страха темы старения и человеческого страдания [4]. Однако именно попытки избегать и отрицать смерть приводят в конечном итоге к сложностям в проживании личного горя утраты, в том числе из-за недостаточных ритуалов в период траура, что особенно актуально в ситуации перинатальной утраты и мертворождения. Поэтому, как отмечает Л. Татео, хоть образ смерти и становится менее разрушительным для общества в целом, в результате он оказывается

более разрушительным для одного скорбящего человека, поскольку индивидуальный опыт утраты так или иначе всегда связан с социальными нормами и правилами поведения и проживания эмоций [4]. Проживание горя утраты другого сопровождается в том числе переживанием утраты «другого во мне». И во многих исторических культурных практиках наблюдается использование портрета или фотографии умерших как своеобразного инструмента, способствующего гореванию и трансформации отношений с умершим.

Начиная с эпохи Возрождения в европейских странах существовали так называемые посмертные портреты, которые позволить себе могли только обеспеченные люди. На данных портретах у ушедшего человека сохранялся прижизненный облик, и такой портрет часто висел в гостиной. До недавнего времени было неизвестно о множестве данных портретов, так как умерший изображался в образе живого человека и только символические замаскированные знаки смерти на заднем плане могли свидетельствовать о его смерти (например, увядший цветок в руке и т. п.). По мнению Л. Татео, изображение жизни и смерти было тем способом, который помогал справиться с переживанием страха смерти и в то же время сохранить образ умершего человека, сделать его доступным для каждого члена семьи [4].

Во второй половине XIX века широкой публике становится доступна фотография. Посмертная фотография распространилась из викторианской Англии в США и другие западные страны. Выделяются несколько жанров данного типа фотографии. Наиболее распространенным является «последний сон», связанный с христианской идеей того времени, когда смерть представлялась

лишь временным сном в ожидании воскресения. Наиболее распространенным данный жанр был в случае ранней детской смерти. Второй стиль можно назвать как «умерший с живыми глазами» или «живой, но мертвый», когда к исходной фотографии добавляли или дорисовывали глаза будто еще живого человека. Третий жанр, «живой среди живых», это когда делалась общая семейная фотография вместе с умершим, которого очень сложно было опознать в качестве такового [4].

Постепенное исключение смерти и умирания из повседневной жизни сопровождалось параллельными изменениями в посмертной фотографии, когда фокус изображения смещался с портрета человека на «похоронное повествование» [4]. На данных фотографиях умерший все еще присутствует, но доминирует контекст похоронного ритуала, где главным акцентом становится коллективное собрание и скорбь, а горюющий человек, изображенный на ней, является частью «скорбящего сообщества». Интересно, что данный тип посмертной фотографии был еще совсем недавно, в 1980–1990 годы, распространен в деревнях и небольших поселениях Беларуси. Точно так же, как и традиция хранить портреты умерших родственников на самом видном месте в доме.

Так, мы видим, что многие культуры прошлого использовали посмертные фотографии в качестве необходимого ресурса памяти и скорби, нарратива и терапевтического ритуала горя. Однако в современном мире такие практики воспринимаются в лучшем случае как странные. В то же время посмертная фотография, особенно в случае, когда не сохранилось никаких других воспоминаний об умершем, что особенно актуально в ситуации перинатальной

утраты, может быть использована для предупреждения развития осложненного горя, трансформации связей с умершим, присоединения его к общей семейной системе, а также включения события утраты в картину личного жизненного пути.

В зарубежной системе оказания медицинской помощи до 1970-х годов (а в нашей системе это наблюдается и в настоящее время) родителям запрещалось видеть и держать своего мертворожденного ребенка, а также поощрялось избегание темы перинатальной утраты и быстрое возвращение к прошлому образу жизни. Однако постепенно исследователи стали выявлять неблагоприятные психологические последствия, связанные с пренебрежением к родительскому горю в ситуации перинатальной утраты. Стала подчеркиваться значимость траура и процесса оплакивания такой потери. И как результат, в западной медицинской системе стали изменяться протоколы оказания помощи в ситуации перинатальной потери [5].

Так, с 1980-х годов отмечается постепенное возвращение к посмертной фотографии в ситуации мертворождения. Как отмечает Н. Джосеф, фотосессия с мертворожденным ребенком или умершим в первые сутки после рождения в нашей культуре, в которой подчеркивается избегание темы смерти и дискомфорт при ее появлении, может показаться как странной, так и болезненной. Но именно такие фотографии на память позволяют горящим родителям сохранить какое бы то ни было воспоминание о своих детях, поскольку больше ничего от них не осталось [6].

В ситуации перинатальной утраты родители испытывают глубокие болезненные переживания, происходит

трансформация их временной перспективы и вообще мировоззрения, изменение представлений о себе, а также появляются риски развития депрессии, тревожного и посттравматического расстройства личности. По сути, бесправное горе перинатальной утраты способствует осложненному гореванию, в том числе из-за невозможности совершить траурные церемонии и сохранить воспоминания о ребенке, о проведенном вместе с ним времени. Между тем, несмотря на социальные, юридические, культуральные и другие представления, по мнению родителей, смерть их нерожденного ребенка является реальной утратой [7].

Многие исследователи подчеркивают, что сопровождение в ситуации перинатальной потери должно включать в себя подтверждение ценности ребенка и факта его существования, поддержку в выражении скорби родителей и помощь в создании новых смыслов и планов [5]. Однако специфика перинатальной потери такова, что часто только посмертная фотография ребенка представляет собой единственную возможность его запечатлеть. На данный момент такая практика фотографии является широко распространенной в западном сегменте оказания медицинских услуг. Помимо услуг непосредственно по фотографированию, родителям предлагают также слайд-презентации, небольшие видеофильмы в сопровождении приятной музыки [8].

Таким образом, для родителей в ситуации мертворождения важной становится возможность получения профессиональной фотографии и самостоятельных личных фотоснимков, для того чтобы обеспечить их качественное и количественное многообразие, ценной также является и возможность поддержать своего ребенка, создавая воспоминания,

“

Сопровождение в ситуации перинатальной потери должно включать в себя подтверждение ценности ребенка и факта его существования, поддержку в выражении скорби родителей и помощь в создании новых смыслов и планов.

”

лично участвуя в фотосессии [5]. Фотографии делают нескольких видов: фотография ребенка индивидуально, а также с родителями и остальными родственниками; фотографии нескольких детей (в ситуации многоплодной беременности); фотография ребенка с памятными вещами (одеяло, плюшевая игрушка, одежда); фотографии во время родов (если это уместно) [9].

Горюющие родители считают очень важным выражение медицинским персоналом уважения к их горю, чуткое, последовательное и искреннее взаимодействие с ними, а также подчеркивают ценность и исключительную значимость тех памятных вещей, которые были собраны медицинским персоналом (гипсовые отпечатки ладоней и ног, одежда и пеленки, в которые был завернут ребенок в больнице, локоны его волос), и фотографий [5].

Необходимо учитывать, что в ситуации утраты многие матери находятся в полубессознательном состоянии, у них нарушена критичность мышления и многие не понимают, что решение, принятое в момент этого кризисного состояния, может иметь долгосрочные психологические последствия. Изначально негативная реакция на предложение о фотографии впоследствии может трансформироваться в желание

и ценность данного ресурса. Дополнительным фактором первоначально негативной реакции становится общественная стигматизация темы смерти и умирания и культурные представления о фотографии как о том, что предназначено только для радостных моментов. В данном случае стоит объяснять родителям в мягкой и доступной форме важность такой фотографии с психотерапевтической точки зрения, но обязательно нужно уважать право каждого родителя на отказ.

Важно, что в ситуации перинатальной потери именно визуальные образы фотографии помогают восстановить родительскую идентичность, служат основой для создания историй и повествований о своем ребенке, которыми можно делиться с другими, в том числе членами семьи [6; 7]. Повествование также имеет большое значение при совладании с горем, помогает реконструировать смыслы утраты, позволяет ощутить значимость жизни ребенка, его присутствие в субъективной картине жизненного пути родителей. Фотография позволяет обойти психологические защиты и получить непосредственный доступ к воспоминаниям и чувствам.

Фотография как символ также помогает признать реальность потери, она является своеобразным подтверждением того, что ребенок действительно был. А поскольку в ситуации перинатальной потери родители лишены возможности совершить необходимые траурные ритуалы, посмертная фотография становится важным средством воссоздания «эмоциональных артефактов», наполненных символическим смыслом, и может использоваться в качестве ритуального объекта. Непосредственное участие родителей в фотосессии дает возможность увидеть, поддержать своего

ребенка, что будет являться таким же терапевтическим ритуальным процессом [7]. Некоторые фотографии отражают не только самого ребенка, но и те недолгие моменты, которые он провел в окружении родных [6].

Что касается исследований собственно родительских предпочтений касательно такого рода фотографий, то во многих из них изучалась важность фотографии как психологического ресурса. Так, Ф. Дуфка исследовала роль памятных фотографий, выполненных волонтерской организацией, которая предоставляет бесплатные фотографические услуги семьям с детьми до 18 лет, страдающими опасными для жизни заболеваниями [6]. Автор отмечает, что иногда именно фотография помогает родителям придти к осознанию того, что ребенок действительно был, что он прожил хоть и маленькую, но жизнь и что они сами по-прежнему являются родителями этого ребенка. Родители сообщали, что были удивлены красотой фотографии и ребенка на ней и что фотография позволила им «выйти из больницы не с пустыми руками» [6].

К. Блуд и Дж. Каччатори также провели исследование родительского опыта использования посмертных фотографий в ситуации мертворождения. Авторы анализировали ответы родителей с помощью метода контент-анализа: 93 % родителей, которые являлись обладателями посмертных фотографий, отмечали их ценность и были благодарны медицинскому персоналу за такую возможность, называли посмертную фотографию одним из самых полезных видов помощи, и наоборот, те родители, которые не имели такого ресурса, выражали сожаление по этому поводу [5]. Только один родитель из более чем 40 опрошенных, не имеющих

фотографий, был удовлетворен их отсутствием. Часть родителей (11 человек) говорили, что их первоначально негативная реакция на фотографии (которые воспринимались как отталкивающие) постепенно изменилась в сторону благодарности и признательности за их наличие и фотографии ребенка расценивались как «бесценное сокровище» [5; 7].

Многие родители отмечали, что непосредственно в ситуации перинатальной утраты они находились в шоковом состоянии, испытывали ощущение нереальности происходящего, глубокой растерянности, и говорили, что если бы они не имели возможности сохранить фотографии своих детей, то никогда бы и не узнали, как выглядел их ребенок [5]. Именно фотография стала для многих родителей единственным источником воспоминаний о ребенке. Родители, которые имели фотографии своих детей, сообщали о том, что они позволяют им понимать реальность существования своего ребенка, дают возможность поделиться своими чувствами и воспоминаниями с другими людьми. Некоторые говорили о том, что только одна фотография стала основой сохранения памяти о ребенке. Многие подтвердили, что фотография стала полезной для прохождения этапа горевания и помогла прийти к утешению. Меньшая часть родителей отмечала болезненность таких фотографий, но при этом же — их ценность и необходимость. Половина опрошенных родителей использовала фотографию ребенка при выстраивании повествования о своем жизненном пути. Многие родители отмечали важность их личного участия в процессе фотографирования, где они могли держать ребенка на руках, одевать его [7].

Важным стало и то, как именно родителям предлагали возможность

использования посмертной фотографии. Желательно предлагать эту услугу несколько раз, так как часто именно повторные вопросы через некоторое время приводят к согласию родителей. При этом важно подчеркивать нормальность фотографирования умершего ребенка, так как родители часто сомневаются в моральности этого акта. Иногда родителям предлагали профессионального фотографа и запрещали самостоятельное фотографирование ребенка, из-за чего многие родители испытали разочарование, так как это сделало бы данный процесс более интимным и семейным. Для кого-то из родителей желательным было присутствие на фотографии всех членов семьи. Но высокое качество профессиональной фотографии родителями было оценено практически во всех случаях, также отмечались заботливость, сочувствие и ненавязчивость со стороны фотографов [5]. По отношению к фотографиям родители выразили благодарность и признательность, оценивали фотографии как незаменимые, важные, прекрасные, драгоценные [7]. Важно отметить, что для многих родителей стала ценна и целительна не только сама фотография, но и процесс взаимодействия с медицинским и другим персоналом, эмоциональная поддержка и чуткость с их стороны, проявление сострадания, сочувствия, заботы и понимание их горя.

Однако стоит отметить, что каждый человек горюет по-своему, и, возможно, памятная фотография не будет полезна для каждого без исключения родителя. Важно, что родителям нужно рекомендовать использовать возможность фотографирования ребенка, но не навязывать при этом собственные представления и убеждения касательно посмертной фотографии. Предлагать фотографии родителям необходимо,

но при этом уважать их право на отказ, в том числе из-за культурологических или личных соображений [7].

Также фотографии ребенка в ситуации мертворождения должны быть сделаны с особой чуткостью. Помимо этого, они должны быть максимально хорошего качества и по возможности изготовлены профессионалом, изображать ребенка в естественных позах, все недостатки должны быть заретушированы. При этом важно, как отмечает Ф. Дуфка, что фотографии, которые делали сами родители на личные камеры или телефон, слишком сильно отражали реальность, были слишком болезненными для них. Фотографы же как специалисты, используя профессиональную обработку, работу со светом, специальные ракурсы, позволяют запечатлеть ребенка в памяти родителей будто живым, спящим [6].

Таким образом, использование фотографии в психотерапевтической практике является относительно новым, но уже зарекомендовавшим себя инструментом. Благодаря фотографии можно конструировать и восстанавливать образ субъективной картины жизненного пути, структурировать и, экспериментируя, содержательно наполнять образ собственной идентичности, эффективно проживать трудные жизненные события и конструктивно выражать болезненные эмоции. С помощью фотографий, которые делались до и во время беременности, оживляются и обсуждаются воспоминания о событиях перинатальной утраты, происходит их переосмысление, появляется возможность завершить ситуацию потери с помощью новой рассказанной истории, которую можно оформлять в виде фотоколлажа или дневника, что

также позволит женщине увидеть себя со стороны, отследить динамику своих внешних и внутренних изменений.

Отдельным пунктом рассматривается возможность использования посмертной фотографии в ситуации перинатальной потери и мертворождения. Часто именно такая фотография становится для родителей единственным напоминанием о том, что у них был ребенок, что он является частью их семьи, а также позволяет совершить необходимые в ситуации утраты траурные церемонии прощания, создать новые воспоминания о взаимодействии с любимым ребенком. Однако поскольку в отечественной медицинской системе отсутствует возможность оказания таких услуг, в ситуации перинатальной потери можно использовать идеи реконструирующей фотографии, когда под руководством психолога бережно воссоздается и запечатлевается ситуация взаимодействия с умершим ребенком и церемония прощания с ним. С этой целью используются различные дополнительные аксессуары для создания образа мамы, музыка и окружающий антураж — для создания соответствующей атмосферы ритуала прощания. Подобная реконструкция ситуации заботы о ребенке с ее последующим фотографированием позволяет воссоздать недостающие воспоминания о ребенке, освободиться от переживания беспомощности, а также безопаснее отреагировать наиболее сложные эмоции.

СПИСОК ЦИТИРОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Weiser, J. The essence and techniques of PhotoTherapy / J. Weiser // The Healing Art (Russian International Art Therapy Journal). — 2010. — № 13. — P. 1–36.
2. Мартин, Р. Наблюдение и рефлексия: отреагирование воспоминаний и представление будущего посредством фотографии / Р. Мартин // Журнал практической психологии и психоанализа. — 2006. — № 1.
3. Агалакова, А. С. Фотография как инструмент работы практического психолога / А. С. Агалакова // Вестник Омского университета. — 2020. — № 2. — С. 44–51. — (Серия «Психология»).
4. Tateo, L. The cultures of grief: The practice of post-mortem photography and iconic internalized voices / L. Tateo // Journal Human Affairs. — 2018. — № 28. — P. 471–482.
5. Blood, C. Best practice in bereavement photography after perinatal death: qualitative analysis with 104 parents / C. Blood, J. Cacciatore // BMC Psychology. — 2014. — V. 2, № 15. — 10 p.
6. Joseph, N. Remembrance Photography's Role in Grieving / N. Joseph [Electronic resource]. — Mode of access: <http://ahtidrug.ru/pdf/gorbatov.pdf> <https://artsci.washington.edu/news/2013-04/remembrance-photographys-role-grieving/>. — Date of access: 16.02.2024.
7. Blood, C. Parental Grief and Memento Mori Photography: Narrative, Meaning, Culture, and Context / C. Blood, J. Cacciatore // Death Studies. — 2014. — № 38. — P. 224–233.
8. Harvey, Sh. Effectiveness of bereavement interventions in neonatal intensive care: A review of the evidence / Sh. Harvey, Cl. Snowdon, D. Elbourne // Seminars in Fetal & Neonatal Medicine. — 2008. — № 13. — P. 341–356.
9. Boyle, F. Clinical Practice Guideline for Care Around Stillbirth and Neonatal Death / F. Boyle, D. Horey, V. Flenady // Respectful and Supportive Perinatal Bereavement Care. — 2019. — Version 3.4. — 36 p.

Материал поступил в редакцию 29.12.2024.

САМОПОМОЩЬ В КРИЗИСНОЙ СИТУАЦИИ: как начать помогать самому себе?

Аннотация. В статье в качестве одного из доступных и эффективных инструментов самопомощи в кризисной ситуации рассматривается терапия письменным словом. Раскрывается идея: для того чтобы психологически справиться с последствиями травмирующих обстоятельств, необходимо встроить возникшие переживания в жизненную историю человека; важно противостоять замалчиванию переживаний, загоняющему пострадавшего в изоляцию. Описываются преимущества использования письменных практик, а также последовательность этапов сессии терапевтического письма и основные правила их безопасного применения.

Annotation. This article examines written word therapy as one of the accessible and effective tools for self-help in a crisis situation. The idea is revealed: in order to psychologically cope with the consequences of traumatic circumstances, it is necessary to integrate the experiences that have arisen into a person's life story; it is important to resist the silencing of experiences that drives the victim into isolation. It is important to resist their oppression and hushing up, which drives the victim into isolation. The advantages of using written practices are described, as well as the sequence of stages of a therapeutic writing session and the basic rules for their safe use.

Ключевые слова: кризисная ситуация, самопомощь, письменные практики, терапия письменным словом.



**Лидия
Александровна
ВЕРТЫНСКАЯ,**
старший

преподаватель
кафедры социальной
и семейной психологии
Института психологии
БГПУ им. Максима Танка

Keywords: crisis situation, self-help, writing practices, written word therapy.

Если в жизни человека случается событие, о котором тяжело рассказать окружающим, событие, которое приходится длительно замалчивать или сохранять в секрете по тем или иным причинам, то это приводит к ухудшению эмоционального и физического состояния, к тому, что болезненные переживания не находят своего выхода и обостряются под тяжестью внутренних требований скрывать данный опыт. В таких обстоятельствах кризисность человеческого состояния сигнализирует о необходимости запуска внутренней работы по преодолению пережитого, однако поиск соответствующих способов для этого оказывается сложной задачей. Даже если получится внутренне признать

такую необходимость, то многие люди попросту не готовы обращаться за профессиональной психологической помощью, в связи с чем решение вопроса будет касаться поиска возможных способов на уровне самоподдержки.

Альтернативным вариантом самопомощи в подобных случаях могут быть письменные практики. Они доступны, компактны, экономически малозатратны и могут быть использованы как в домашних условиях, так и во время перемещения из одного места в другое. Они всегда рядом, и к ним можно обратиться в любой момент жизни [1, с. 75–76]. При наличии таких весомых преимуществ важно понимать, зачем их использовать в качестве инструмента самопомощи, что они могут дать человеку, чтобы улучшить его состояние.

Согласно проведенным исследованиям Дж. Пеннебекера и Дж. Смита удержание в себе острых актуальных переживаний либо переживаний минувших дней, которые продолжают оказывать влияние на качество жизни в настоящем, приводит к многочисленным психосоматическим нарушениям, особенно если речь идет о замалчивании травматического опыта [2, с. 43–59]. Хранение тайны требует определенных усилий на самоцензуру в поступках, в словах и мыслях, а значит, приходится делать вид, что что-то действительно значимое является несущественным [2, с. 24]. Это способствует повышению уровня стресса. Если человек не выражает словесно что-то важное для себя, то это приводит к невозможности осмыслить переживание, отодвигая тем самым его встраивание в целостную историю своей жизни. То, что человек стремится вытеснить из памяти, со временем вновь пытается вернуться и обратить на себя внимание в виде

навязчивых интрузий, фантазий, сновидений [2, с. 31]. На это тратится значительное количество наших ресурсов, обедняя их запас при решении текущих вопросов или проблем. Важно отметить, что интеграции в жизненную историю порой требуют не только негативные переживания, но и сильные переживания, связанные с определенными социальными успехами, достижениями, позитивными изменениями, о которых либо некому рассказать, либо в предъявлении которых возникают опасения или неловкость.

Предложенный американским профессором Дж. Пеннебекером метод экспрессивного письма в качестве заботы о себе позволяет отреагировать и осмыслить имеющиеся переживания, разорвав порочный круг замалчивания в стремлении к лучшему качеству жизни. Это важно для сохранения и укрепления как психического, так и соматического здоровья [2, с. 37–38]. Писать можно о любом опыте, который оказался под запретом, о котором не получилось сообщить окружающим из-за оказываемого социального давления или собственных страхов.

Польза от письменных практик в первые дни и месяцы после случившегося события, пошатнувшего или нарушившего внутреннее равновесие человека, может заключаться в следующем:

- ✓ *во-первых*, письменные практики позволяют признать произошедшее, обозначив чувства и переживания, таким образом начав придавать им организованность и определенную структуру для последующего осмысления;

- ✓ *во-вторых*, появляется возможность устанавливать причинно-следственные связи, поскольку переживания начинают темпорально выстраиваться в хронологическую последовательность;

- ✓ *в-третьих*, на уровне жизненной истории появляются новые контексты

или дополнительные точки зрения, включение которых в структуру истории может приводить к более плотному и насыщенному описанию;

✓ *в-четвертых*, в процессе письма история приобретает большую связность и понятность, что приводит к высвобождению какой-то части ресурсов для взаимодействия с реальностью в режиме настоящего времени;

✓ *в-пятых*, за счет того, что автор истории стремится занять более рефлексивную позицию, появляется возможность менять свое отношение к произошедшему событию, тем самым снижая уровень стресса и постепенно возвращаясь к обыденному функционированию [1–4].

Польза терапии письменным словом также может быть осмыслена в контексте практики «самонаправляемой нейропластичности», о чем в своих исследованиях сообщает Д. Росс и подчеркивает, что, управляя опытом, человек может произвольно влиять на улучшение деятельности мозга [3, с. 17–25]. Нейропластичность в этом смысле понимается как способность мозга менять структуру под воздействием опыта. Фиксируясь в процессе письма на своих переживаниях, человек задействует определенные нейронные контуры, в результате чего в соответствующих областях мозга усиливается кровоток, принося в эти отделы больше питательных веществ, тем самым улучшая миелинизацию и скорость передачи сигнала между нейронами [5, с. 63–71].

Выражение переживаний словами во время письма от руки — это еще и «втелесненная» практика, поскольку когда человек пишет, то он координирует движения глаз, рук, дыхание, что повышает эффективность тренировки внимательности и медленного сосредоточения, позволяя удерживать фокус своих рассуждений на одной идее,

“

Метод экспрессивного письма в качестве заботы о себе позволяет отреагировать и осмыслить имеющиеся переживания, разорвав порочный круг замалчивания в стремлении к лучшему качеству жизни. Это важно для сохранения и укрепления как психического, так и соматического здоровья.

”

которая может «дозреть» в процессе осмысления и переработать в качественно иную, граничащую с новым пониманием [4, с. 112]. Порой стереотипность привычных мыслей может быть своеобразной ловушкой, не позволяющей смотреть на происходящее с неожиданной стороны и видеть новые решения. В связи с этим процедура письма может давать возможности расшатывать привычную стабильность и занимать другую точку зрения, имеющую принципиальную новизну.

Говоря непосредственно о самом процессе организации терапевтического письма, необходимо отметить предпочитаемый вариант трехступенчатой модели его реализации, включающий:

- 1) подготовительный этап, или настройку,
- 2) экспрессивное письмо,
- 3) рефлексивное письмо [3; 6].

Первый этап письма сопряжен с *медитативной настройкой*. Важно выбрать время и место для письма, позаботиться о том, чтобы процессу самоисследования никто не мешал. Перед началом сессии письма важно сконцентрироваться на телесных ощущениях и дыхании. Желательно сделать несколько записей о том, в каком актуальном состоянии сейчас находится

человек, что с ним происходит, когда он ментально готовится ко встрече с одной из важных тем его жизни.

Второй этап — *экспрессивное письмо*. Человек погружается в поток переживаний и выражает его на бумаге без самоцензуры (отсутствие самоцензуры — это самое главное условие для написания текста), стараясь передать факты и разрозненные чувства в той мере и полноте, насколько он может это сделать. Здесь не имеет значения, получится ли текст грамотным, связным, синтаксически или пунктуационно корректно оформленным, напротив, важность приобретает именно не форма, а содержание: должно быть выражено то, что волнует и значимо в воспоминаниях или текущем моменте.

Кетлин Адамс (директор Института письменной терапии, США), анализируя исследования Л. Кинг, отмечает, что создание экспрессивного письма может базироваться не только на рассказах о самых тяжелых событиях жизни, которые душевно ранили и уязвили на каком-то из этапов жизненного пути, но и на предпочитаемых историях, уникальных эпизодах, к которым человек в результате пришел, преодолевая сложные события и их последствия [3, с. 58–59]. Также можно писать о новых жизненных целях, о пиковых позитивных переживаниях и даже абстрактных понятиях (справедливости, свободе, смерти, одиночестве), придавая им в своих записях статус насыщенной истории.

На **третьем этапе** пишущему важно отступить назад, выйти из потока переживания и, отстранившись, попытаться посмотреть на написанный текст под другим углом. Задача — осмыслить его заново, осуществить рефлекссию зафиксированного опыта и сформировать свое отношение к пережитому. Для этого текст надо внимательно перечитать несколько раз и записать то, что оказалось

значимо непосредственно в процессе письма: чувства и мысли, которые появились, а также сделанные выводы о том, что было нового в этом опыте и к каким последствиям он может привести в дальнейшем. В конце письма, на этапе *рефлексивного отклика*, важно зафиксировать возникшие телесные ощущения, поскольку сознанием человек может находиться в прошлом или в будущем, тогда как тело всегда пребывает в настоящем времени [4].

Чтобы процедура письма оказалась полезной, писать надо так, чтобы не было опасений, что написанное смогут прочесть и предать огласке. Только так получится преодолеть самоцензуру и рассуждать об опыте открыто и свободно. С этой целью надо тщательно продумать, где будут храниться записи, чтобы не было нарушено право на тайну частной жизни.

Во время письма не стоит погружаться в переживание слишком глубоко, а делать это так, чтобы иметь возможность плавного перехода к своей повседневности. Для подстраховки в этом вопросе можно нарисовать, а можно представить «субъективную шкалу дистресса» с соответствующими делениями от 0 до 10 для измерения интенсивности переживания, где «ноль» отражает отсутствие волнения, а «десять» указывает на высокую степень взволнованности, когда хочется заплакать, кого-то ударить или разорвать свой лист. Если интенсивность переживания во время письма приблизится к отметке «восемь», то нужно немедленно прекратить ведение записи. Нельзя настаивать и заставлять себя продолжать выполнять процедуру при ощущении ухудшения состояния. Однако бывает, что человек не отказывается от начатого и может использовать дальнейшее погружение в неприятное переживание как практику самонаказания,

думая, что страдания и боль очищают, что что-то хорошее может случиться только обязательно после чего-то плохого. В таких случаях терапевтический потенциал письма теряется, а сама процедура может принести не пользу, а вред.

То, что может сделать письмо по-настоящему полезным, — это его структурированность. На этот счет в исследованиях К. Адамс есть доказательства тому, что чем более уязвимым ощущает себя человек, чем больше в его жизни присутствует страха, боли, напряжения и горя, тем более структурированным должно быть письмо [3; 6]. В связи с этим автор предложила модель «лестницы структурированности дневниковых практик» (1998), где представлены типы тех или иных упражнений, начиная от самого свободного письма (фрирайтинг) до самого структурированного варианта, когда происходит концентрация внимания на одном слове («слово дня») либо же на продолжении незаконченных предложений. Также это могут быть списки, кластеры или наборы хаотичных слов, которые в данный момент имеют субъективное значение.

Еще одним вариантом для терапевтического письма могут быть упражнения, предполагающие запись всевозможных диалогов, где потенциальным воображаемым собеседником выступает кто или что угодно (конкретный человек, внутренние голоса, собственная совесть или боль и др.). Работа также может вестись со сновидениями и поэтическими произведениями, создание которых помогает приблизиться к сильным эмоциональным переживаниям, которые никак не укладываются в линейную последовательность. Образувавшийся внутри свернутый ком из переживаний требует для проработки такого же эмоционально нагруженного

комплекса значений, который по форме сможет стать подходящей отражающей поверхностью для его проявления. Письмо на основе вымысла дает возможность разложить свой жизненный опыт на части, наделив персонажи какими-то особенностями и задачами, рассматривая при этом, как они будут взаимодействовать. Так, посредством создания художественных произведений можно увидеть какие-то вещи в человеке более объемно и выпукло.

Исследования Дж. Пеннебекера свидетельствуют о том, что значительную пользу от терапевтического письма получают те люди, которые в процессе самоисследования из хаотичных переживаний создают связанные истории, имеющие, кроме определенного сюжета, свои начало и конец [2, с. 109]. Если в рамках таких историй пишущий позволяет себе описывать и чувства, и события, где он может действовать (пусть и ошибочно), изменяться согласно поставленным целям, то целебный эффект будет ощущаться уже после окончания развернутой сессии письма.

Когда человек пишет о своих переживаниях, то существенную значимость приобретает то, к кому он обращается, как этот другой слушает его. Если представить человеческое «я» как внутреннюю полифонию голосов, то письменные практики дают возможность высказаться каждому из них в безопасной обстановке, чтобы иметь возможность быть услышанным и относительно артикулированного голоса занять ту или иную позицию [4, с. 114]. Благоприятным вариантом может быть занятие позиции безусловного принятия, когда слушатель готов бережно относиться к любой сообщаемой информации. Если срабатывает критическая позиция, то критическая оценка может только усилить ощущение собственной беспомощности

или малоценности, поэтому в рамках терапевтического письма имеет существенный приоритет процесс восстановления агентности, развитие авторской позиции посредством создания текста, который дает основания ощущать и осмысливать себя его автором.

Терапия письменным словом имеет ряд своих отличительных правил, которые необходимо соблюдать, чтобы избежать возможной ретравматизации.

Первое правило — датирование, то есть ведение записей предпочтительнее начинать с обозначения точной даты создания рукописного текста, поскольку к нему можно будет вернуться в любой момент и заново исследовать.

Второе правило связано со степенью структурированности записей, которые должны учитывать уровень выраженности стресса (чем выше стресс, тем более структурированным должен быть текст). **Третье правило** ориентирует на создание надежного, устойчивого пространства идентичности, поэтому писать следует начать с чего-то хорошего, а только потом перейти к проработке негативного опыта [4, с. 125].

Подводя итог, можно отметить, что письменные практики ставят своей задачей исцеление письменным словом. Они позволяют освободиться от ощущения личной беспомощности в сложившейся ситуации, которая воспринимается как плохая и безвыходная. Восстановление авторской позиции посредством создания текста дает шанс

на преодоление возникших трудностей, так как, записывая собственные переживания, мысли, фантазии, цели или ценности, человек лучше узнает себя как героя истории, более осознанно проживая те или иные ее сюжеты, заново вырабатывая отношение к ним. Выражение переживаний словами на письме меняет структуру опыта, так как дает возможности увидеть в нем прежде не замеченные паттерны и связи для того, чтобы начать безопасно экспериментировать с движением в желаемом направлении.

СПИСОК ЦИТИРОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Вертынская, Л. А. Самопомощь в стрессовых ситуациях посредством письменных практик / Л. А. Вертынская // Арт-терапия. Фундаментальные и прикладные научные исследования : мат-лы Междунар. науч.-практ. конф., Кемерово, 19 апреля 2024 ; отв. ред. Г. В. Акименко. — Кемерово: КемГМУ, 2024. — С. 75–87.
2. Pennebaker, J. W. Opening Up by Writing It Down: How Expressive Writing Improves Health and Eases Emotional Pain / J. W. Pennebaker, J. M. Smyth. — N.-Y. : The Guilford Press, 2016. — 210 p.
3. Adams, K. Your Brain on Ink: A Workbook on Neuroplasticity and the Journal Ladder (It's Easy to W.R.I.T.E. Expressive Writing) / K. Adams, D. Ross. — USA : Rowman & Littlefield Publishers, 2016. — 200 p.
4. Кутузова, Д. А. Письменные практики в работе с семьей / Д. А. Кутузова // Семейная психология и семейная терапия. — 2012. — № 2. — С. 110–128.
5. Сигел, Д. Майндсайт: новая наука личной трансформации / Д. Сигел. — М. : Манн, Иванов и Фербер, 2015. — 336 с.
6. Адамс, К. Дневник как путь к себе / К. Адамс. — М. : Миф, 2018. — 256 с.

Материал поступил в редакцию 03.01.2025.

Содержание журнала за 2024 год

АКАДЕМИЧЕСКИЙ ПОРТАЛ

Волченков В. С., Трубеко В. С. Особенности ценностно-смысловой сферы студентов, переживающих кризис вступления в раннюю взрослость. — № 2, с. 3.

Дроздова Н. В. Фокус на внимание: от теории к практике осознанности. — № 1, с. 29.

Колышко А. М. Влияние фоновых знаний студента на понимание учебного текста. — № 5, с. 19.

Коптева С. И. Агрессивное поведение подростков: причины и особенности проявления. — № 3, с. 3.

Коптева С. И. Структура семейных отношений как предиктор девиантного (агрессивного) поведения подростков. — № 4, с. 3.

Курило М. В. Стратегии принятия решений личностью с фрустрированными потребностями в юношеском возрасте. — № 2, с. 12.

Пузыревич Н. Л. События жизненного пути подростков с антивитальными переживаниями. — № 4, с. 22.

Пузыревич Н. Л. Образ тела у подростков с риском суицидального поведения. — № 5, с. 3.

ДИАЛОГ В ШКОЛЕ

Левкевич Л. Н. Кластерная модель организации воспитательной работы в школе. — № 1, с. 43.

Ливанская В. И., Остапчик И. В. Развитие функциональной грамотности учащихся посредством внедрения в образовательный процесс практико-ориентированного подхода. — № 3, с. 65.

Мякинник Н. Г. Деловая игра как средство профилактической работы с несовершеннолетними по

предупреждению правонарушений и преступлений. — № 2, с. 55.

Сенников Д. С. Не остаться в стороне: актуальность профилактики суицидального поведения детей и подростков. — № 5, с. 55.

Храпунова К. Н. Половое воспитание подростков посредством проведения развивающих занятий. — № 3, с. 55.

ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ

Медведская Е. И. Учебные трудности слушателей Института повышения квалификации как вершина айсберга проблем образования. — № 1, с. 13.

Полонников А. А. Видеоряд в профессионально-психологическом обучении. — № 1, с. 3.

Полонников А. А. Культурно-историческая психология развития: попытка ситуативации. — № 5, с. 4.

Поляков А. М. Осознание опыта с позиции культурно-исторической психологии: возможности для психотерапии и психологической коррекции. — № 5, с. 12.

ИНФОРМАЦИЯ

Десять лучших статей 2023 года. — № 1, с. 72.

Требования к публикации статей. — № 1, с. 70; № 2, с. 71.

КЛЮЧ К СЕБЕ

Пузыревич Н. Л. Как пережить потерю: техники психологической помощи и самопомощи. — № 5, с. 51.

ПРАКТИКА ПСИХОДИАГНОСТИКИ

Бегер С. А. Использование интерактивных онлайн-сервисов в психодиагностике. — № 1, с. 35.

ПРАКТИКУМ ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛА

Барина С. О. Психолого-педагогическое сопровождение профессионального самоопределения подростков. — № 3, с. 43.

Коптева С. И. Психолого-педагогическая поддержка потенциальных участников буллинга в подростковом возрасте: тренинговая программа. — № 5, с. 27.

Крупина М. В. Коррекционно-развивающая работа с детьми с особенностями психофизического развития. — № 2, с. 33.

Смык А. А. Реализация проекта «Моя профессиональная траекТОрия» как условие формирования навыков профориентационной деятельности студентов-психологов. — № 3, с. 48.

Семергеева А. Э. Буллинг и троллинг в школьной среде. — № 1, с. 19.

Семергеева А. Э. Педагогическая помощь несовершеннолетним с суицидальным риском. — № 2, с. 26.

Семергеева А. Э. Роль профилактики насилия в формировании личности ребенка. — № 3, с. 34.

Семергеева А. Э. Занятие с элементами тренинга из проекта «Безопасное взросление» для проведения равными консультантами. — № 4, с. 65.

Семергеева А. Э. Антивитальность и жизнестойкость у подростков: результаты коррекционно-развивающей работы с использованием «Структурированного дневника подростка». — № 5, с. 28.

ПУТЕВОДИТЕЛЬ В МИРЕ ЛИТЕРАТУРЫ

Колышко А. М. Чтение в современном мире: проблемы осмысления. — № 1, с. 62.

Степанова М. А. Детская книга — дело искусства. О детской литературе и детском чтении. — № 1, с. 54.

Степанова М. А. Читатель в большом, собирательном значении этого слова... О детской литературе и детском чтении. — № 5, с. 64.

СЕМЬЯ

Мякинник Н. Г. Так ли безопасна электронная сигарета? — № 1, с. 48.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В НАУКЕ И ПРАКТИКЕ

Бортулева Н. Л. Личностные корреляты социально-политических диспозиций. — № 4, с. 47.

Головачева К. С. Типы ролевой виктимности у студентов помогающих профессий. — № 3, с. 18.

Дудек Д. А. Характеристики экзистенциальной мотивации как предиктор развития эмпатии в юности. — № 2, с. 17.

Коляда А. Ю. Психологические особенности усталости от страдания у медицинских работников. — № 3, с. 26.

Мартысевич А. С. Сократическая парадигма как философский уровень методологии когнитивно-поведенческого подхода. — № 5, с. 15.

Цюхай Е. И., Гулевич А. С. О межличностной зависимости и одиночестве в близких отношениях в период ранней взрослости. — № 4, с. 39.

ЧЕЛОВЕК В СОЦИУМЕ

Данилова Н. С., Герман О. А. Образ семьи у подростков с различными уровнями психологического благополучия. — № 4, с. 56.

Данилова Н. С., Лозенко Т. В. Социальные представления о будущем отцовстве у юношей. — № 5, с. 50.

Курьян Д. Ю. Стратегии поведения в конфликтных ситуациях у юношей и девушек с девиантным поведением. — № 1, с. 38.

ТРЕБОВАНИЯ К ПУБЛИКАЦИИ СТАТЕЙ

Правила оформления статей в журнал «Диалог»

Статья должна представлять собой законченный, целостный, структурированный текст, который соответствует следующим критериям:

- новизна и оригинальность (предлагается новая идея или оригинальный вариант решения практической проблемы, доказательство эффективности авторской идеи и т. д.);
- актуальность (применение представленной информации для решения значимых практических задач);
- убедительность (определяется достоверностью цитат, аргументированностью выводов, наличием конкретных результатов и логичностью их интерпретаций);
- концептуальность (разрешение проблемы, которую содержит выбранная тема статьи).

НЕ ДОПУСКАЕТСЯ представление материала в статье в форме отчета о проделанной работе.

Структура статьи:

- вступление (введение);
- основная часть;
- выводы (заключение);
- список цитированных источников.

Во **введении** необходимо обосновать актуальность и новизну содержания статьи. Содержание статьи

считается актуальным, если оно направлено на решение важных проблем, которые имеют научно-практическое решение. Во введении также должны быть представлены обоснование выбора темы (проблемы) и степень ее изученности (разработанности на практике). Необходимо дать характеристику основным работам, указать на специфику и преимущества своего авторского подхода к решению поставленной проблемы.

В **основной части** необходимо подробно изложить поэтапное разрешение проблемы, содержащейся в выбранной теме (проблеме), которой посвящена статья; дать аргументированное изложение основных положений, представленных во введении. Важнейшим элементом работы над статьей является представление результатов своей работы и их объяснение.

Статья должна завершаться **выводами**: чего можно добиться, используя описанную идею, кому это может быть интересно и полезно.

Список цитированных источников. Важно правильно оформить ссылки на источники в списке литературы (по мере появления источника в тексте статьи).

**Правила оформления статей
в рубрики «Академический портал»,
«Современные тенденции в науке и практике»**

В соответствии с требованиями ВАК по структуре и оформлению научных публикаций по теме диссертации, утвержденными постановлением Высшей аттестационной комиссии Республики Беларусь от 22 августа 2022 г. № 5, объем научной статьи должен составлять не менее 0,35 авторского листа (14 000 печатных знаков, включая пробелы между словами, знаки препинания, цифры и др.), если это допускается правилами, установленными для авторов соответствующим печатным изданием.

Научные статьи должны включать следующие элементы:

- аннотацию (на русском/белорусском и английском языках);
- фамилию и инициалы автора (авторов) статьи, ее название;
- введение;
- основную часть, включающую графики и другой иллюстративный материал (при их наличии);
- заключение, завершаемое четко сформулированными выводами;
- список цитированных источников (по мере появления в тексте статьи);
- дату поступления статьи в редакцию печатного издания.

Дополнительно в структуру статьи может быть также включен перечень принятых обозначений и сокращений.

Название статьи должно отражать основную идею выполненного исследования, быть кратким, содержать ключевые слова. Аннотация должна ясно излагать содержание статьи и быть пригодной для опубликования в аннотациях к журналам отдельно от статьи.

Во введении дается краткий обзор литературы по данной проблеме, указываются не решенные ранее вопросы, формируется и обосновывается цель работы и, если необходимо, указывается ее связь с важными научными и практическими направлениями. Анализ источников, использованных при подготовке научной статьи, должен свидетельствовать о знании автором (авторами) статьи научных достижений в соответствующей области. Обязательными являются ссылки на работы других авторов, включая зарубежные публикации в данной области (при их наличии).

Основная часть статьи должна содержать описание методики, аппаратуры, материалов, объектов исследования и подробно освещать содержание исследований, проведенных автором (авторами). Полученные результаты должны быть проанализированы с точки зрения их достоверности, научной новизны и сопоставлены с соответствующими известными данными.

Основная часть статьи может делиться на подразделы (с разъяснительными заголовками) и содержать анализ последних публикаций, посвященных решению вопросов, относящихся к данным подразделам. Иллюстрации, формулы, уравнения и сноски, встречающиеся в статье, нумеруются в соответствии с порядком цитирования в тексте.

В заключении кратко формулируются основные результаты, полученные автором.