

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
РОССИЙСКИЙ ФОНД ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ПСИХОЛОГИЯ XXI ВЕКА: СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД И МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сборник научных трудов
участников международной научной конференции
молодых ученых

*Под научной редакцией
О.В. Защиринской, А.В. Шаболтас*



Санкт-Петербург
2017

Все это приводит нас к размышлениям о том, является ли крепкая семья — лишь средством выживания, инструментом в решении коллективных задач общества, или же семья это место, коллектив, где человек может почувствовать уважение, принятие, поддержку, независимо от того, являются ли его потребности и желания «правильными».

Если говорить о способах снижения тревоги, о принятии более гибкой модели семьи, то тогда встает вопрос о том, а существует ли вообще риск «разрушения» семьи.

С учетом проведенного обзора выявлено, что на стабильность семьи в наибольшей степени влияет уровень тревоги. Способствовать понижению тревоги может как семейный психотерапевт, так и общество, государство. Психолог может помочь осознать свои чувства, мысли и потребности каждому из членов семьи, помочь членам семьи договориться и укрепить функциональные стабилизаторы (общие цели, общие интересы и пр.).

Расширенная семья, общество и государство могут помогать тем, что предоставлять необходимые ресурсы (пособия, жилплощадь, возможность получать образование, качественную медицинскую помощь), поддерживать эмоционально (социальная помощь, качество сервиса в медицинских, образовательных, социальных учреждениях).

При этом навешивание ярлыков, стигматизация или введение жестких внешних моральных принципов скорее повышают тревогу и способствуют дисфункциональному сплочению, что неэффективно с точки зрения усиления семьи и общества.

Полезно также разделять понятия супружеских и родительских отношений (как в психологической практике, так и на уровне государства). В теории семейных отношений давно известно такое понятие, как «бинуклеарная» семья, т. е. модель семьи, при которой родители ребенка находятся в разводе, но ребенок получает много заботы и от отца, и от мамы, живущих отдельно. В нашей культуре такой вариант по-прежнему воспринимается стереотипно, как пример разрушенной семьи («семью надо во что бы то ни стало сохранять ради детей»), и поэтому влечет за собой много психологических трудностей, в то время как при внимательном изучении потребностей членов семьи оказывается, что в таком варианте «бинуклеарной» семьи, где супруги спокойно завершили свои любовные отношения, разобрали обиды и продолжают ответственно выполнять родительские обязательства — зачастую все ощущают себя более счастливыми, чем в истории с сохранением семьи «напоказ».

Переходя к модели более гибкой семьи, получается больше вариантов счастливой семьи вместо разрушения единственно правильной модели отношений.

Литература

1. Walsh F. The concept of family resilience: Crisis and challenge // Family process. 1996. 35. 3. 261–281.
2. Бейкер К. Теория семейных систем М. Боуена // Вопросы психологии. — 1991. — Т. 6.
3. Бьюдженталь Д. Наука быть живым: Диалоги между терапевтом и пациентами в гуманистической терапии // М.: Независимая фирма «Класс», 1998.
4. Варга А.Я. Введение в системную семейную психотерапию. — М.: Когито-центр, 2009.
5. Кон И.С. Сексуальная культура в России // Клубничка на березке. — 2005.
6. Маслоу А.Г. Мотивация и личность / пер. с англ. — Издательский дом «Питер», 2009.
7. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В. Психология и психотерапия семьи. — СПб.: Питер, 2010.

К.А. Ипатова, Ю.С. Семенова

Опыт проведения групп экзистенциальной терапии с наркологическими больными в условиях реабилитационного центра

Больные наркоманией демонстрируют серию поведенческих стереотипов и других феноменов, которые затрагивают весь спектр биопсихосоциальной структуры человека. По этой причине успешные программы лечения должны быть направлены на биологические, психологические, социальные и духовные проблемы пациента [3].

Важно отметить, что подавляющее число наркологически больных, проходящих реабилитационную программу, имеют криминальное прошлое. По этой причине эффективнее предлагать «низкопороговые» терапевтические и реабилитационные технологии, ориентированные на временное прекращение или снижение уровня употребления и других рискованных форм поведения, более длительные периоды воздержания, уменьшение симптомов наркотической зависимости, повышение удовлетворенности и качества жизни, снижение деструктивных поведенческих стереотипов.

Группа «Экзистенциальная терапия» была организована в 2007 году (автор В.М. Зобнев) для вовлечения больных и специалистов наркологического центра № 1 в реабилитационный процесс, а также для повышения эффективности групповой психотерапевтической работы с наркологическими больными. Группа основывается на экзистенциально-гуманистических принципах и идеях И. Ялома, В. Франкла, Г. Олпорта и исходит из понимания того, что больной наркоманией — это человек, попавший в кризисную жизненную ситуацию, когда теряется смысл жизни, а значимые,

общечеловеческие жизненные ценности становятся недостижимыми, но не теряют своей актуальности.

Страх и неуверенность, агрессия, одиночество, стыд, вина, изоляция, проблема взаимоотношений с окружающими являются основными терапевтическими мишенями. Значимые общечеловеческие жизненные ценности становятся для больного наркоманией недостижимы и неактуальны. Однако сохраненные «социальные сети» и естественная биологическая и психологическая потребность сохранения жизни создает условия для совладания со своими чувствами и эмоциями, рождает желание достойной (в нравственных оценках) жизни в обществе [2]. Из числа проблем человека, решаемых в экзистенциальной психологической концепции, к проблемам зависимого поведения относятся такие проблемы, как потеря смысла жизни, переживание одиночества, чувство вины.

Подавляющее большинство пациентов наркологического центра № 1 имеют положительный статус ВИЧ. Постановку диагноза ВИЧ-инфекция можно в полной мере назвать критической ситуацией для человека, кризисом, который в экзистенциально-гуманистической психологии понимается как процесс трансформации, отказа от старых привычных способов бытия и поиск, совершенствование новых, более адекватных изменившихся условий.

Основной целью групп экзистенциальной терапии является вербализация значимых жизненных проблем человека, сопоставление собственного видения проблем с взглядами и опытом других.

Большинство наркозависимых, находящихся в данный момент на реабилитации, — люди, имеющие в прошлом судимости, для которых характерно отсутствие семьи, профессии, постоянной работы и постоянного места жительства, т. е. частичная или даже полная дезадаптация. Опыт, приобретенный в специально организованных группах, помогает решению проблем, возникающих при межличностном взаимодействии. Группа оказывается микрокосмом, обществом в миниатюре, отражающим внешний мир с реальными переживаниями и взаимодействиями.

Основными задачами группы экзистенциальной терапии являются:

- Уточнение основных экзистенциальных проблем участников группы.
- Построение искренних взаимоотношений между специалистами и пациентами.
- Облегчение терапевтического контакта участников группы.
- Осознание реальных жизненных проблем и адекватных способов их решения.
- Создание благоприятной терапевтической среды для каждого участника группы.

- Повышение уровня доверия членов терапевтической группы.
- Помощь в приобретении навыков зрелого межличностного общения, способности управления своими чувствами и эмоциями, умения высказаться и активно выслушать других.
- Формирование адекватной самооценки.

Формирование ответственности происходит в рамках групповой терапии и включает принятие следующих убеждений: осознание того, что жизнь иногда устроена несправедливо, что какой-то части жизненных страданий и смерти в конечном счете не избежать, что какими бы близкими ни были взаимоотношения с другими людьми, все равно с экзистенциальными проблемами приходится справляться в одиночку, что я несу конечную ответственность за то, как я проживаю свою жизнь, независимо от того, сколько поддержки и руководства я получаю от других [3].

Наблюдая происходящие в группе взаимодействия, участники могут идентифицировать себя с другими и использовать установившуюся эмоциональную связь при оценке собственных чувств и поведения. Значимая обратная связь оказывает влияние на оценку участником группы своих установок и поведения, формирует позитивные «Я-концепции». Группа может также облегчить процесс самоисследования и самопознания, что формирует адекватную самооценку и чувство уверенности в себе [2].

Группа основана на следующих принципах:

- Открытости (в занятии могут участвовать пациенты и специалисты реабилитационного центра, состав участников меняется).
- Свободы от споров и дискуссий.
- Равного, партнерского положения специалистов и пациентов.
- Обсуждения только тех жизненных проблем, которые в настоящее время волнуют участников группы.
- Неразглашения информации о взглядах и суждениях участников группы.

Состав группы открытый: участвуют специалисты центра (врачи, психологи, специалисты по соцработе, социальные работники, медицинские сестры) и пациенты, направленные в группу экзистенциальной терапии лечащим врачом. В группе существуют правила поведения, которые зачитываются перед каждым занятием и по необходимости могут быть дополнены новыми пунктами. Каждое занятие строго структурируется (начало, середина, окончание), ведущий контролирует выполнение принятых правил и подводит итоги занятия.

Особенность групп экзистенциальной терапии заключается в том, что все участники группы (и специалисты, и пациенты) не имеют права задавать вопросы, комментировать высказывания других участников, дискути-

ровать, они только могут высказать свою точку зрения и выслушать мнение и суждения других.

Методики, используемые в группе экзистенциальной терапии:

- Монологи (дозированные по продолжительности).
- Активное слушание.
- Самоотчеты (специально разработанная анкета, в которой субъективно оценивается занятие, дается собственная оценка обсуждаемой теме, выявляются и анализируются актуальные для данной группы проблемы).
- Самооценки больных по проблемам, обсуждаемым на занятиях.

Проанализировав результаты самоотчетов участников группы экзистенциальной терапии (270 анкет), нами были отобраны наиболее часто встречающиеся темы и вопросы, которые наркологические больные хотели бы обсуждать на последующих занятиях:

1. Отношения между людьми (проблемы общения с противоположным полом; общение со «здоровыми людьми», не наркозависимыми и т. п.) — 26%.
2. Взаимоотношения в семье (проблемы доверия и недоверия, упреки родителей за прошлое и т. п.) — 24%.
3. Проблемы самореализации — 15%.
4. Проблемы смысла жизни — 14%.
5. Страх и неуверенность в будущем — 8%.
6. Одиночество и вина — 7%.
7. Жизнь после реабилитации — 6%.

Наиболее полезным при обсуждении проблем 90% участников группы экзистенциальной терапии отметили специалиста, ведущего группу.

В процессе медико-психологической реабилитации у наркозависимых может возникнуть зависимость от психотерапевтической группы, группы само- и взаимопомощи, терапевтического сообщества. Эта зависимость предпочтительнее прошлой зависимости от наркотических веществ, так как является социально приемлемой и позволяет ВИЧ-инфицированному больному наркоманией быть более стабильным и добиваться желанных жизненных целей — продления жизни, поддержания трезвости, семейного благополучия и успешного социального функционирования [2].

Основываясь на показателях посещаемости группы экзистенциальной терапии, анализе работы, самоотчетах участников группы и тематических запросов на последующие занятия, можно сделать вывод о целесообразности дальнейшего проведения таких терапевтических групп, где будут рассматриваться и обсуждаться темы, глубоко волнующие в данный момент участников, проходящих реабилитационную программу.

Литература

1. Валентик Ю.В. Реабилитация в наркологии: учебное пособие. — М.: Прогрессивные биомедицинские технологии, 2001. — С. 24–31.
2. Зобнев В.М., Илюк Р.Д. Медико-психологические и социальные проблемы стигматизации ВИЧ-инфицированных больных наркоманией как мишени для психотерапии. Сборник Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. — 2005. — С. 164–165.
3. Назыров Р.К., Федоряк Д.А., Ляшковская С.В. Клиническая психотерапия в наркологии: руководство для врачей-психотерапевтов. НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — СПб., 2012. — С. 289–294.

Г.Л. Исурина, К.К. Кальвик

Взаимосвязь социально-демографических характеристик психологов-консультантов с их представлением о клиенте

Психологическое консультирование является одной из важнейших сфер деятельности практических психологов. В ряде исследований установлено, что личность психолога-консультанта, в частности, его способности к установлению межличностных отношений, является существенным фактором, определяющим эффективность терапевтического альянса и эффективность процесса консультирования [3,4]. Метаанализ S.A. Baldwin and Z.E. Imel (2013), в котором было проанализировано 46 исследований (1 281 психотерапевт и 14 519 клиентов), позволил сделать вывод, что результат консультирования взаимосвязан с личностью психолога-консультанта в 5% случаев. Метаанализ A.O. Horvath et al. (2011), изучающий результаты 201 исследования, показал, что отношения между психологом-консультантом и клиентом определяют результат психотерапии в среднем на 7,5%.

Очевидно, что психологи-консультанты устанавливают отношения с клиентом не только благодаря своим способностям к межличностному общению, но и основываясь на своих представлениях о клиенте. Адекватность представления психолога-консультанта о клиенте является важной составляющей терапевтического контакта и, следовательно, взаимосвязана с результатом психологического консультирования. Таким образом, установление контакта между психологом-консультантом и клиентом взаимосвязано с социальной перцепцией и представлениями об обобщенном образе клиента, которые, в свою очередь, основаны на синтезе предыдущего опыта психолога-консультанта и связаны с его личностными характеристиками и отношением к клиенту. Можно также предположить, что существуют как общие закономерности в восприятии психологом клиента, так и связанные с рядом социально-демографических характеристик, таких как пол, воз-