

*and uncertainty of strategic ones", "Traditional goals for the sociocultural environment."*

**Keywords:** *goal, goal-setting, life path, image of the future.*

**Мазурик Володимир Михайлович** – здобувач кафедри загальної психології та психології розвитку особистості Одеського національного університету імені І.І.Мечникова

УДК 159.92

*Новицкая Л.В.*

## **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЯХ: СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ**

*В статье раскрыты особенности психологической коррекции в кризисных состояниях: социально-психологический аспект. Показано, что многофакторная социально-психологическая модель расстройств аффективного спектра и модель семейной системы позволяют рассматривать и исследовать макросоциальные, семейные, личностные и интерперсональные факторы как систему и могут служить средством интеграции различных теоретических моделей и эмпирических исследований расстройств аффективного спектра. Такие макросоциальные факторы как общесистемные нормы и ценности (культ сдержанности, успеха и совершенства, полоролевые стереотипы) влияют на эмоциональное благополучие людей и могут способствовать возникновению эмоциональных нарушений и кризисных состояний.*

**Ключевые слова:** *личность, кризисные состояния, расстройства аффективного спектра, психологическая коррекция.*

**Постановка проблемы.** Актуальность темы психокоррекции в кризисных состояниях связана со значительным ростом в общей популяции числа расстройств аффективного спектра, среди которых депрессивные, тревожные и соматоформные расстройства являются наиболее значимыми. По уровню распространенности они являются безусловными лидерами среди других расстройств. На фоне социально-экономической нестабильности последних десятилетий имеет место значительный рост числа аффективных расстройств и суицидов у молодежи, пожилых людей, трудоспособных лиц мужского пола, которые оказывают выраженное негативное влияние на качество жизни и социальную адаптацию [1; 3; 5].

До сих пор остаются дискуссионными критерии выделения различных вариантов расстройств аффективного спектра, границы между ними, факторы их возникновения и хронификации. Большинство исследователей указывает на

важность комплексного подхода и эффективность комбинации медикаментозной терапии и психотерапии при лечении этих расстройств. При этом в разных направлениях психотерапии и психологии анализируются различные факторы упомянутых расстройств и выделяются специфические задачи психотерапевтической работы.

**Анализ последних исследований и публикаций.** В рамках теории привязанности, системно ориентированной семейной и динамической психотерапии указывается на нарушение семейных взаимоотношений в качестве важного фактора возникновения и течения расстройств аффективного спектра (S.Arietti, J.Bemporad, D.Bowlby, М.Боуэн, Э.Г.Эйдемиллер, Е.Т.Соколоваи др.). Когнитивно-бихевиоральный подход акцентирует дефицит навыков, нарушения процессов переработки информации и дисфункциональные личностные установки (А.Т.Веск, Н.Г.Гараян, А.Б.Холмогорова). В рамках социального психоанализа и динамически ориентированной интерперсональной психотерапии подчеркивается важность нарушения межличностных контактов (К.Хорни, G.Klerman). Представители экзистенциально-гуманистической традиции на первый план выдвигают нарушение контакта со своим внутренним эмоциональным опытом, трудности его осознания и выражения (К. Роджерс). Все упомянутые факторы возникновения и вытекающие из них мишени психотерапии расстройств аффективного спектра не исключают, а взаимно дополняют друг друга, что обуславливает необходимость интеграции различных подходов при решении практических задач оказания психологической помощи.

**Цель статьи** - раскрыть особенности психологической коррекции в кризисных состояниях: социально-психологический аспект.

**Изложение основного материала и результатов исследования.** Психокоррекция депрессивных и тревожных расстройств начинается с этапа психодиагностики, на котором в опоре на многофакторную модель с помощью специально разработанных интервью и диагностических инструментов выявляются конкретные мишени работы и ресурсы для изменений. Выделяются группы испытуемых, требующие различной тактики ведения. У испытуемых с высоким уровнем перфекционизма и враждебности вначале должны быть проработаны эти контртерапевтические факторы, так как они препятствуют установлению рабочего альянса и могут стать причиной преждевременного ухода из психотерапии. С остальными испытуемыми работа разбивается на два этапа: развитие навыков эмоциональной саморегуляции и формирование рефлексивной способности на основе техник когнитивной психотерапии А.Бека и представления о структуре рефлексивного акта Н.Г. Алексева; работа с семейным контекстом и интерперсональными отношениями на основе техник психодинамической и системно ориентированной семейной психотерапии, а также представлений о рефлексии, как основе саморегуляции и активной жизненной позиции. Отдельно описывается модель психотерапии для пациентов с выраженной соматизацией, в связи со специфическими задачами,

для решения которых А.Б. Холмогоровой [6] разработан оригинальный тренинг развития навыков эмоциональной психогигиены.

Следует особо подчеркнуть, что часто уже на первых стадиях работы необходимо привлечение семьи и проведение системно-ориентированной семейной психотерапии наряду с индивидуальными или групповыми сеансами. Это особенно важно, когда речь идет о детях и молодых пациентах, проживающих в родительской семье, а также во всех случаях, когда выраженные дисфункции актуальной семьи препятствует позитивным изменениям. Задачи семейной психотерапии вытекают из мишеней, описанных на основе модели расстройств аффективного спектра.

Работа с тревожно-депрессивными испытуемыми начинается с подробной беседы, в ходе которой выявляются важные для первичной разработки индивидуальной стратегии психотерапии мишени и ресурсы: соотношение физических и эмоционально-психологических факторов в представлении испытуемого о причинах его заболевания (внутренняя картина болезни): негативные последствия болезни для жизни – сужение круга интересов, занятий, общения; избегающее поведение и т.д.; *рефлексивность* – способность к самопониманию, отчету о собственных личностных особенностях, наличие психологических характеристик в образе «Я», а также степень их нюансированности и дифференцированности; *способность к вербализации чувств* – адекватные ответы на вопросы о чувствах в тех или иных проблемных ситуациях, наличие эмоциональных категорий в речи; *качество социальной поддержки* – качественная характеристика отношений с семейным и ближайшим социальным окружением, наличие доверительных связей в социальной сети, оценка дисфункций семейной системы; *уровень мотивации к преодолению болезни*; *широта интересов и характер ценностных ориентации* – что составляет основное содержание жизни больного, что он любит и ценит, чем увлекается; *наличие контртерапевтических факторов в виде высокого уровня перфекционизма, враждебности или «культы силы», создающих предпосылки для недоверия и конкуренции в отношениях с психотерапевтом.* Это позволяет отнести пациента к одной из двух категорий, требующих разных стратегий ведения – «ориентированных на получение помощи» (группа «А») или «бессознательно ориентированных на обесценивание помощи и конкуренцию» (группа «В») [6].

В целом, в плане прогноза терапии благоприятным является наличие таких ресурсов, как психологическая картина болезни, мотивация к активному преодолению болезни, социальная сеть с достаточным количеством поддержки, широта интересов и связей с миром. Важными мишенями работы на разных ее этапах становятся семейные дисфункции, физическая картина болезни, узкий круг интересов и возможностей самоактуализации, условная выгодность болезни.

В психотерапевтической литературе подчеркивается высокая эффективность когнитивных и бихевиоральных техник в работе с

эмоциональными расстройствами. Эти работы построены, в основном, на данных катамнеза прошедших психотерапию больных. Однако гораздо реже приводятся цифры «отсева» — процент больных, покинувших психотерапевта до завершения работы. Эти цифры представляют большой интерес и должны включать пациентов группы «В». Эти больные бессознательно ждут возможности выиграть в конкуренции с терапевтом, доказав его беспомощность, или подтвердить свою враждебную картину мира, приписав терапевту непонимание, равнодушие или эксплуатативность («использует для экономической выгоды или в научных целях»). Косвенным указанием на наличие такой установки служат отзывы о предшествующем опыте лечения у разных специалистов. Как правило, эти отзывы о результатах резко негативны («ничем не помогло»), а о специалистах свержкритичны («Он был занят только своими делами», «Меня не поняли»). Такое поведение должно насторожить психотерапевта в плане возможности принятия помощи без специальной проработки его конкурентных и враждебных установок. Быстрый переход к использованию когнитивно-бихевиоральных техник позволяет добиться своих бессознательных целей, так как без осознания причин собственного первоначального сопротивления лечению они преждевременно знакомятся с инструментарием психотерапевта, который легко опорочить («Я понимал это и раньше, и сам это делал»; «Ваши методики не для меня»). Именно здесь следует, не торопясь с когнитивно-бихевиоральными интервенциями, использовать принципы психодинамической терапии — маркировку и проработку первичного сопротивления, выявление и первичную конфронтацию с бессознательными конкурентными и обесценивающими помощь установками [6].

В целом, данный этап является наиболее сложным и требует от терапевта внимательного и деликатного поведения, сочетающего принятие пациента и умение без «лакировки» обратить его внимание на препятствующие лечению внутренние проблемы. Новообразованием на этом этапе является проблематизация на предмет истинной, более глубокой мотивации, препятствующей получению помощи.

Следующий этап - развитие навыков эмоциональной саморегуляции и формирование рефлексивной способности.

Данный этап основан, прежде всего, на принципах когнитивной терапии, а также на разработках по развитию рефлексии как основы саморегуляции. В ходе него решаются следующие задачи: выявление суммы проблемных ситуаций, вызывающих тяжелые эмоции, и первоначальное тестирование способности больного регистрировать свои мысли и чувства в этих ситуациях; представление когнитивной модели расстройства — информирование о связи эмоциональных состояний и хода мышления и ориентация больных на перестройку дисфункционального мышления; дифференциация отдельных эмоций в сложной гамме возникающих в этих ситуациях чувств и соответствующего им когнитивного содержания. Здесь

наиболее адекватными являются домашняя работа (ведение специального дневника с регистрацией чувств и мыслей), а также моделирование проблемных эмоциогенных ситуаций во время групповых или индивидуальных сеансов (ролевое проигрывание, гештальт-техника «пустого стула») с названием возникающих чувств и озвучиванием сопровождающих их мыслей; снятие внутреннего запрета на отрицательные чувства и поощрение к их открытому выражению («размораживание» аффекта). Часто в процессе вышеописанной дифференциации чувств обнаруживаются очень сильные чувства горя или гнева, выражение которых блокировано; дистанцирование от неадаптивных чувств и конфронтация с привычным способом когнитивной переработки событий. После выявления и отреагирования тяжелых чувств ставится задача разведения субъективного состояния и объективной реальности («Это не реальность так ужасна, а я катастрофически воспринимаю события» или «Мой прошлый тяжелый опыт и мои переживания не распространяются на мою настоящую жизнь»). Важно побуждать пациента рассматривать собственные мысли как гипотезы, а не факты реальности. Ставится задача возражать собственным дисфункциональным мыслям, например, во время вышеописанного сеанса по дифференциации чувств. Такие возражения могут естественно провоцироваться терапевтом путем пробуждения в клиенте «ресурсной злости» на мысли о собственной слабости и никчемности. Другой прием – вступление в сократический диалог с клиентом, побуждающий его усомниться в непогрешимости его взглядов на мир и самого себя; систематическая конфронтация с дисфункциональными мыслями, развитие навыков управления эмоциями на основе развития рефлексивной способности.

Поскольку дисфункциональные мысли и сопряженные с ними неприятные эмоции возникают у испытуемых с депрессивными и тревожными расстройствами многократно в течение дня, чрезвычайно важно через постоянное самонаблюдение приучить пациентов отслеживать «пусковые» ситуации, свои чувства и мысли в них. Отметим, что эта работа не является самоцелью, а служит необходимой предпосылкой для самопонимания и управления своими состояниями. Она требует развития рефлексивной способности пациента, которая вначале отрабатывается в виде последовательности действий совместно с психотерапевтом. Вначале у испытуемых развивается привычка к фокусировке на внутреннем опыте - улавливании небольших перепадов настроения, четкой символизации этого опыта с помощью слов, обозначающих эмоции. Затем во внешнем диалогическом пространстве с психотерапевтом отрабатываются основные действия рефлексивного акта: остановить и зафиксировать свои негативные мысли, установить связь между ними и определенными ситуациями, сделать их объектом анализа, поместив в более широкую систему отношений, конфронтироваться с ними в опоре на это расширение контекста. Таким образом, постепенно развивается важный навык ведения внутреннего совладающего диалога. Для решения этой задачи используется ведение

дневника с фиксацией пусковых ситуаций, мыслей и чувств (техника трех колонок) и техника систематической конфронтации (к вышеупомянутым трем колонкам добавляется колонка «альтернативного взгляда» на ситуацию или две колонки – с аргументами за и против дисфункциональных мыслей). Последнее позволяет более глубоко проработать когнитивную базу дисфункциональных эмоций. При общем доминировании когнитивных задач на этом этапе, психотерапевт решает и психодинамические задачи, в частности, работает с сопротивлением. Основным новообразованием этого этапа является развитие рефлексивной способности – способности к работе с собственным мышлением.

Последний этап – работа с семейным контекстом и интерперсональными отношениями (на основе психодинамического подхода и системно ориентированной семейной психотерапии). На данном этапе испытуемому предлагается совместное с терапевтом исследование глубинных источников его дисфункционального мышления и выявление личностных проблем (зависимости, перфекционизма, враждебности и т.д.). Сама идея реконструкции таких источников в виде прошлого опыта и возникших на его основе личностных образований противоречит бихевиоральному подходу и наиболее ортодоксально ориентированным когнитивно-бихевиоральным подходам, фактически ограничивающимся рассмотрением текущих когнитивных процессов (предшествующий этап). Когнитивные подходы, идущие по пути интеграции с психоаналитически или глубинно ориентированными подходами, ставят задачу выявления глубинных когнитивно-личностных образований, определяющих текущие дисфункциональные мыслительные и аффективные процессы. Важным представляется выявление источников этих образований в прошлом опыте, поэтому на глубинно-ориентированном этапе решаются следующие задачи:

Проведенная на предшествующем этапе работа по выявлению характера дисфункциональных переживаний и содержания сопровождающих их мыслей и сформированная в результате этой работы способность к рефлексии позволяют перейти к выявлению и формулировке дисфункциональных убеждений – устойчивых представлений о себе, о мире, об окружающих людях. Система этих представлений представляет собой концепцию жизни, в соответствии с которой человек не только думает и чувствует, но и принимает жизненно важные решения, совершает те или иные поступки, строит свои отношения с миром. То есть система убеждений определяет ситуативно возникающие чувства, мысли и поведение. В процессе психотерапии продельвается обратная реконструкция – от ситуативных мыслей и чувств к их глубинным источникам. Так, анализ повторяющихся в различных ситуациях мыслей тревожного больного о недоброжелательном настрое окружающих, постоянное ожидание презрения и насмешек вместо понимания и помощи подводит к формулировке следующих возможных убеждений: «нельзя доверять людям», «человек человеку волк, каждый в этой жизни только за себя». Анализ мыслей депрессивного больного о собственном несовершенстве, никчемности с постоянным эмоциональным

фоном недовольства собой может привести к формулировке следующих убеждений: «я не имею права на ошибку», «я должен все делать на самом высоком уровне, иначе я не достоин уважения» и т.д.

Важно проанализировать выявленные базисные послышки на предмет их безусловности и однозначности, привлекая жизненный опыт самого больного и опыт знакомых ему людей: случаи бескорыстной помощи со стороны других, примеры позитивной роли ошибки для приобретения опыта, ситуации, где зависимый больной проявил самостоятельность и компетентность, и т.д. То есть речь идет об опыте, противоречащем дисфункциональным убеждениям и подводящем к альтернативному взгляду на людей, на себя и на мир. Происходит как бы повторение приема систематической конфронтации (см. симптоматически ориентированный этап), но на этот раз не с ситуативными мыслями и чувствами, а с лежащими в их основе устойчивыми жизненными установками.

Эффективным является прием анализа последствий тех или иных убеждений для жизни человека и его отношений с людьми. Так, представление о собственной исключительности, ложная ценность личного превосходства тешат самолюбие вышеупомянутой больной, но обрекают на полное одиночество и патологические эмоциональные реакции при любых серьезных жизненных неудачах или проблемах, от которых никто не застрахован. Пациентка подводится к осознанному выбору – жить дальше со своей привычной жизненной философией и всеми вытекающими из нее последствиями или же попытаться осмыслить и изменить ее. Приобретенная на предшествующем этапе способность занять рефлексивную позицию по отношению к собственным когнитивно-аффективным образованиям, является необходимым новообразованием, без которого невозможна описанная работа по самоопределению и осознанной перестройке дисфункциональных убеждений [6].

Уже в процессе анализа повторяющихся тем, мыслей и чувств, а также первичной формулировки своих глубинных убеждений, у многих пациентов спонтанно возникают идеи об источниках своей жизненной философии в прошлом опыте, прежде всего, внутри родительской семьи.

Формулировке дисфункциональных убеждений с одновременным осознанием их источников нередко помогают приемы психодраматической семейной реконструкции (семейная скульптура с озвучиванием «посланий» от каждого члена семьи), а также озвучивание «посланий» родителей, женских или мужских ролей — в зависимости от выявленных в ходе сбора генограммы болевых точек семейной истории.

**Выводы.** Многофакторная социально-психологическая модель расстройств аффективного спектра и модель семейной системы позволяют рассматривать и исследовать макросоциальные, семейные, личностные и интерперсональные факторы как систему и могут служить средством интеграции различных теоретических моделей и эмпирических исследований

расстройств аффективного спектра. Такие макросоциальные факторы как общественные нормы и ценности (культ сдержанности, успеха и совершенства, полоролевые стереотипы) влияют на эмоциональное благополучие людей и могут способствовать возникновению эмоциональных нарушений и кризисных состояний.

#### **Список использованной литературы**

1. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. - М.: SvR - Аргус, 1995.-360 с.
2. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. - М.: Когито-Центр, 2005. - 375 с.
3. Тихонравов Ю.В. Экзистенциальная психология. - М.: ЗАО "Бизнес-школа" Интел-Синтез", 1998. - 238 с.
4. Тхостов А.Ш. Депрессия и психология эмоций // Сб.: Депрессии и коморбидные расстройства. - М.: РАМН НЦПЗ, 1997. - С. 180 - 200.
5. Хайм Э., Блазер А., Рингер Х., Томмен М. Проблемно-ориентированная психотерапия. Интегративный подход. М., Класс, 1998.
6. Холмогорова А.Б. Методологические проблемы современной психотерапии // Вестник психоанализа. - 2000. - № 2. - С. 83-89.

#### **Транслитерация**

- 1.Sokolova E.T., Nikolaeva V.V. Osobennosti lichnosti pri pogranichnyh rasstrojstvah i somaticheskikh zabolevaniyah. - M.: SvR - Argus, 1995.-360 s.
- 2.Starshenbaum G.V. Suicidologiya i krizisnaya psihoterapiya. - M.: Kogito-Centr, 2005. - 375 s.
- 3.Tihonravov YU.V. EHkzistencial'naya psihologiya. - M.: ЗАО "Biznes-shkola" Intel-Sintez", 1998. - 238 s.
- 4.Thostov A.SH. Depressiya i psihologiya ehemocij // Sb.: Depressii i komorbidnye rasstrojstva. - M.: RAMN NCPZ, 1997. - S. 180 - 200.
- 5.Hajm EH., Blazer A., Ringer X., Tommen M. Problemno-orientirovannaya psihoterapiya. Iitegrativnyj podhod. M., Klass, 1998.
- 6.Holmogorova A.B. Metodologicheskie problemy sovremennoj psihoterapii // Vestnik psihoanaliza. - 2000. - № 2. - S. 83-89.

#### **Новицька Л.В.**

#### **Особливості психологічної корекції в кризових станах: соціально-психологічний аспект**

*У статті розкриті особливості психологічної корекції в кризових станах: соціально-психологічний аспект. Показано, що багатофакторна соціально-психологічна модель розладів афективного спектру і модель сімейної системи дозволяють розглядати і досліджувати макросоціальні, сімейні, особистісні і інтерперсональні фактори як систему і можуть служити засобом інтеграції різних теоретичних моделей і емпіричних досліджень*



розладів афективного спектру. Такі макросоціальні фактори як суспільні норми і цінності (культ стриманості, успіху і досконалості, статево-рольові стереотипи) впливають на емоційне благополуччя людей і можуть сприяти виникненню емоційних порушень і кризових станів.

**Ключові слова:** особистість, кризові стани, розлади афективного спектру, психологічна корекція.

**Novitskaya L.V.**

### **Peculiarities of psychological correction in crisis states: socio-psychological aspect**

*The article reveals the features of psychological correction in crisis states: the socio-psychological aspect. It is shown that the multifactor socio-psychological model of affective spectrum disorders and the model of the family system allows us to consider and examine macrosocial, family, personal and interpersonal factors as a system and can serve as a means of integrating various theoretical models and empirical studies of affective spectrum disorders. Such macrosocial factors as social norms and values (the cult of restraint, success and excellence, sex-role stereotypes) affect the emotional well-being of people and can contribute to the emergence of emotional disorders and crisis conditions.*

**Key words:** personality, crisis states, affective spectrum disorders, psychological correction.

**Новицька Ліана Вікторівна** – кандидат психологічних наук, докторант кафедри практичної психології та соціальної роботи Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля, м. Северодонецьк.

УДК 159.9:316.61

**Полякова В. І.**

### **ЦІННІСНІ ОРІЄНТАЦІЇ ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЯК ІНДИКАТОР ЇХ ГЕНДЕРНОЇ ТОЛЕРАНТНОСТІ**

*Статтю присвячено висвітленню результатів емпіричного дослідження ціннісних орієнтацій педагогічних працівників як індикатора їх гендерної толерантності.*

*За результатами факторного аналізу виявлено досить амбівалентну структуру ціннісних орієнтацій педагогічних працівників, які відображають суперечливі тенденції професійної діяльності сучасного вчителя і свідчать про певну невідповідність ціннісних орієнтацій педагогічних працівників цілям і місії їх професійної діяльності, завданням освіти загалом.*