

**Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
ФГБОУ ВО «Саратовский национальный исследовательский
государственный университет им. Н.Г. Чернышевского**

**Основы психокоррекции, психопрофилактики
и реабилитации**

Учебное пособие

2018

Основы психокоррекции, психопрофилактики и реабилитации: Учебное пособие. Под ред. Белых Т. В. – 70 с.

Учебное пособие написано в соответствии с программой курса «Основы психокоррекции, психопрофилактики и реабилитации» и представляет собой систематизированное изложение содержания дисциплины. Представленное содержание каждой темы позволяет студентам более глубоко изучить и проанализировать основные понятия и категории предлагаемого курса.

В пособии представлены списки основной и дополнительной литературы по каждой теме, вопросы к самоконтролю знаний.

Предназначено для магистрантов направления 37.04.01 «Психология», профиль «Консультативная психология».

Автор-составитель:

д-р психол. наук, доцент Т.В. Белых

Рецензент

доцент кафедры консультативной психологии А.А. Карелин

Содержание

Введение

Тема 1. Понятие «психологическая помощь», основные направления оказания психологической помощи

Тема 2. Психокоррекция как направление практической психологии

Тема 3. Методические основы и направления психопрофилактики

Тема 4. Принципы и способы осуществления психологической реабилитации

САРАТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н. Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО

Введение

Основной целью освоения дисциплины является формирование набора профессиональных компетенций будущего магистра по направлению подготовки 37.04.01 «Психология», позволяющих овладеть методологией и способами осуществления психологической коррекции, психопрофилактики и реабилитации.

Дисциплина «Основы психокоррекции, психопрофилактики и реабилитации» относится к вариативной части блока «Дисциплины» учебного плана ООП и является дисциплиной по выбору (Б 1. В. ДВ 5). Дисциплина предшествует таким дисциплинам как «Групповое психологическое консультирование», «Семейное психологическое консультирование» и создает основу для понимания магистрантом наличия в практической психологии различных стратегий организации психологической помощи, овладения способами оказания психокоррекционной, психопрофилактической и реабилитационной деятельности. Требования к «входным» знаниям и умениям:

- магистрант должен знать актуальные проблемы современной теоретической и прикладной психологии;
- современные направления консультативной психологии;
- методы и способы общения психолога-консультанта.

Учебное пособие знакомит магистрантов с актуальными проблемами осуществления психокоррекционной деятельности, психопрофилактики и реабилитации; методологическими основами выбора адекватного проблеме метода психологического воздействия и способа оказания психологической помощи. Изучая данный курс магистрант научится планировать основные этапы и осуществлять психокоррекционное и психопрофилактическое воздействие; создавать самостоятельные психологические реабилитационные программы.

Тема 1. Понятие «психологическая помощь», основные направления оказания психологической помощи

Психологическая помощь – система психологических воздействий, основанная на различных психологических теориях, ориентированная на повышение социально-психологической компетентности людей.

Принципы психологической помощи:

- 1) Принцип системности;
- 2) Принцип субъект-субъектных отношений;
- 3) Принцип позитивного развития в деятельности;
- 4) Принцип адаптации;
- 5) Принцип безопасности и надёжности.

Классификация видов психологической помощи.

По времени действия: не отложная, продолжительная, экстренная;

По направленности: прямая, упреждающая;

По пространственной организации: контактное, дистантное;

По выполнению функций психологом: диагностическая, диспетчерская, информационная, консультативная;

По количеству участников: индивидуальная, групповая;

По вмешательству психологов: директивная, не директивная.

Собственно психологическая помощь направлена на поддержку личности в процессе ее развития, становления и роста, осуществляемую специальными психологическими методами. Эти методы стимулируют проявление способности каждого человека заботиться о себе, раскрывать и реализовать свои внутренние потенциалы, решать поставленные жизнью задачи.

Психологическая помощь как профессиональная деятельность включает в себя, прежде всего, такие ее виды, как психологическое консультирование, психокоррекцию, психотерапию и психопрофилактику.

При организации и оказании психологической помощи следует ориентироваться на следующие этические принципы.

Среди наиболее важных этических принципов психологической помощи (по Ю. Алёшиной), традиционно выделяют следующие:

1. *Доброжелательное и безоценочное отношение к клиенту*, подразумевает «целый комплекс профессионального поведения, направленного на то, чтобы клиент чувствовал себя спокойно и комфортно». Консультанту необходимо уметь внимательно слушать клиента (например, используя технику **активного слушания**), стараясь понять его, не осуждая при этом, а также оказывать психологическую поддержку и помощь.
2. *Ориентация психолога на нормы и ценности клиента*, а не на социально принятые нормы и правила, которая может позволить клиенту быть искренним и открытым. Отношения принятия ценностей клиента и их уважение являются не только возможностью выразить поддержку клиенту, но также позволяют повлиять в будущем на эти ценности, если они станут рассматриваться в процессе консультирования как препятствие для нормальной жизнедеятельности человека.
3. *Запрет давать советы*. Психолог, даже несмотря на свой профессиональный и жизненный опыт и знания, не может дать гарантированный совет клиенту, в частности и потому, что жизнь клиента и контекст её протекания уникальны и непредсказуемы, и клиент является основным экспертом в своей собственной жизни, в то время как **психолог**- обычно выступает как эксперт в других областях, в частности в способах выстраивания отношений с клиентом, а также в теории психологической помощи. Кроме того дать совет - значит принять ответственность за жизнь клиента в случае, если он им воспользуется, что не способствует развитию его личности. Кроме того, давая совет, профессиональная позиция психолога может изменяться, а принимая совет, у клиента может измениться его

позиция, в сторону большей пассивности и поверхностного отношения к происходящему. Нередко при этом, любые неудачи в реализации совета клиентом, могут приписываться психологу, как давшему совет авторитету, что мешает пониманию клиентом своей активной и ответственной роли в происходящих с ним событиях.

4. *Анонимность*, означает, что никакая информация, сообщённая клиентом психологу не может быть передана без его согласия ни в какие организации и другим лицам, в том числе родственникам или друзьям. Вместе с тем, существуют исключения (о которых психолог должен заранее предупреждать клиента), специально отмеченные в законодательстве страны, в соответствии с законами которой осуществляется профессиональная деятельность психолога.
5. *Разграничение личных и профессиональных отношений* - это принцип-требование к консультанту, связанный с рядом психологических феноменов, влияющий на процесс психологической помощи. Например, известно, что на профессиональные отношения могут иметь сильное влияние отношения личные, в частности личные потребности и желания психолога влияют как на процесс психологической помощи, так и на самого клиента, а следовательно, могут препятствовать эффективному осуществлению психологической помощи. Существуют различные исследования этих влияний¹.

Психолог-практик осуществляет свою деятельность опираясь на указанные этические принципы, его деятельность может реализовываться в рамках следующих направлений.

Направления деятельности психолога-практика.

Анализ практики работы психологов позволяет выделить четыре типа задач взаимодействия клиента с психологом, которые существенно отличаются

¹ Алёшина Ю. Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. — 2-е изд. — М. : Независимая фирма «Класс», 2000. — 208 с. — (Библиотека психологии и психотерапии).

системой оценок, в которых клиентом воспринимается психологическая информация.

Первый тип задач взаимодействия может быть назван **социальными задачами**. Они специфичны тем, что клиент воспринимает психологическую информацию, тему взаимодействия с психологом на основе строго нормированных социальных оценок, которые могут быть ранжированы по шкале «правильно-неправильно», или по-другому: «соответствует норме – отстает от нормы – не соответствует норме».

Человек оценивает свои переживания и психологическую информацию о других людях, ориентируясь на социальные критерии и нормы.

Социальные задачи взаимодействия клиента с психологом требуют изменения системы оценки клиента. Изменение системы оценок во взаимодействии с практическим психологом позволяет клиенту увидеть свою цель в другом свете, расширить перспективы, позволить отойти от шаблонного поведения и переживания.

Другую категорию задач взаимодействия клиента и психолога можно обозначить как **задачи этические**. Переживания клиента ориентированы на шкалу этической оценки: «хорошо-плохо». Формулируя свое отношение к цели взаимодействия, осуществляя выбор своего отношения, он уже воспринимает психологическую информацию в свете этого отношения.

В конечном счете, это приводит к тому, что появляется избирательное отношение к психологической информации, основанное на этой оценке.

Этическая задача дает возможность клиенту осуществить выбор между оценкой других и своими переживаниями. Если клиент осуществляет выбор с ориентацией на оценку других, то он лишает себя возможности переживать как ценность содержание психологической информации.

Если он ориентируется на свои переживания и свои собственные критерии оценки, то он приближается к выделению содержания психологической информации. Психологу необходимо показать ограниченность оценочной

шкалы «хорошо-плохо», которая не дает возможности клиенту анализировать динамичность психологической информации.

Третья категория задач взаимодействия клиента с психологом может быть названа **нравственными задачами**.

Они связаны с ориентацией переживаний на критерии добра и зла, которые, как известно, требуют осуществления нравственного выбора, конкретизирующих эти критерии в реальных жизненных обстоятельствах.

Работа практического психолога с нравственной задачей клиента состоит в том, чтобы показать ему условность критериев добра и зла, которыми он пользуется, подвести его к осознанию не тождественности этих критериев для разных людей. Отсюда и не тождественность переживаний людей, основывающихся на этих критериях, а, следовательно, и самооценку этих переживаний.

Четвертая категория задач, которые могут быть выделены во взаимодействии клиента и практического психолога, мы назовем **собственно психологическими задачами**.

В общем виде они характеризуются тем, что клиент ставит вопрос о значении того или иного содержания психологической информации. Вопрос, обращенный к психологу, часто даже лексически содержит эти слова: «Как понять? Что это значит? Не до конца понимаю» и т.п.

Большую часть реальных клиентов составляют люди, ориентирующиеся на социальные и этические задачи взаимодействия с психологом.

Работа практического психолога связана с тем, чтобы они переформулировали эти задачи в задачи психологические.

Анализируя в процессе взаимодействия с клиентом задачи, требующие решения психолог-практик может осуществлять психологическую помощь по следующим направлениям.

Направления оказания психологической помощи.

Содержание психологической помощи может быть представлено следующим образом (Абрамова Г.С., 2001).

- Оказание клиенту помощи через сообщение ему объективной психологической информации. Этим занимается психодиагностика – одно из направлений практической психологии. Особенность этого вида помощи состоит в том, что психолог несет ответственность за достоверность информации и форму ее сообщения клиенту. Клиент же сам вырабатывает отношение к этой информации и сам принимает решение о ее использовании.

- Психологическая коррекция предполагает организованное воздействие на клиента с целью изменения показателей его активности и соответствий с возрастной нормой психического развития. Психолог работает с такими понятиями, как возрастная норма освоения какого-либо вида деятельности (чтения, письма, счета и т. п.) и индивидуальный темп ее освоения. Содержание психологической помощи состоит в том, что для клиента разрабатывается индивидуальная программа усвоения какого-то вида деятельности в соответствии с общественными требованиями к ней.

- Психологическое консультирование как вид психологической помощи адресовано психически нормальным людям для достижения ими целей личностного развития. Мы уже отмечали, что цель психологического консультирования – в обеспечении человека продуктивным существованием в конкретных обстоятельствах его жизни. Продуктивность связана, прежде всего, со способностью человека находить, возможно большее число вариантов поведения, возможно большее число понятий, мыслей, чувств, поступков, чтобы иметь возможность общаться с максимально большим числом людей и групп внутри собственной культуры. Это дает возможность соответствовать данной культуре и рефлексировать в ней.

- Психотерапия как вид психологической помощи предполагает активное воздействие психотерапевта на личность клиента. Клиент психотерапевта – это человек, требующий реконструкции его личности. Другими словами, это больной человек, которому требуется организованное воздействие на его психическую реальность с целью ее восстановления или реконструкции.

Если в психологическом консультировании ответственность за результаты, связанные с изменением продуктивности личности, распределяется между психологом и клиентом, то в психотерапии, особенно на первых ее этапах, ответственность за реконструкцию личности клиента несет и психотерапевт. Практически всегда психотерапия осуществляется на фоне медикаментозного воздействия на клиента и выступает как вспомогательный метод лечения.

Из приведенного выше определения направлений оказания психологической помощи, обнаруживается их специфика.

Остановимся на отличительных особенностях психологического консультирования, психологической коррекции, психопрофилактики. Психологическая диагностика, психологическая коррекция, психологическое консультирование, психотерапия отличаются как виды профессиональной деятельности психолога не только разными задачами воздействия, но и принципиально отличаются средствами воздействия на другого человека.

Кратко отличие задач воздействия можно представить в разной степени ответственности психолога за сбор и использование психологической информации об индивидуальной жизни человека. Средства воздействия отличаются степенью стандартизации. В этом смысле психодиагностика является наиболее стандартизированным видом деятельности психолога, а психологическое консультирование находится на противоположном его полюсе.

За результаты психодиагностики, особенно с применением тестов, психолог несет минимальную ответственность, воздействие его стандартизировано. В психологическом консультировании психолог несет личную ответственность за точность полученной психологической информации и оказывает непосредственное личное профессиональное воздействие на индивидуальную жизнь человека².

² Абрамова Г. С. Практическая психология Учебник для студентов вузов - Изд 6-е., перераб. и доп. — М : Академический Проект, 2001. — 480 с.

Психологическое консультирование направлено на ориентацию человека в возможностях решения им возникшей проблемы. Консультирование по степени воздействия может быть чисто информационное, ориентационное, а также направленное на изменение отношений личности к себе и к собственной жизненной ситуации. Психологическое консультирование чаще всего проводится при возникновении экзистенциальных кризисов, межличностных конфликтов, семейных или профессиональных проблем.

Существует определение **психологической коррекции** как направленного психологического воздействия на определенные психологические структуры с целью обеспечения полноценного развития и функционирования индивида. При этом следует отметить, что психологическая коррекция может реализовываться в различных областях человеческой практики: медицине, педагогике, социальной работе, где решаются и профилактические задачи.

Психопрофилактика направлена на предупреждение психических заболеваний, реабилитацию психически больных, а также на сохранение, улучшение и укрепление психического здоровья. В последнем аспекте часто употребляется понятие «психогигиена». По вопросу целей и задач психопрофилактики и психогигиены существуют различные точки зрения. В целом же к видам психопрофилактической и психогигиенической работы могут быть отнесены и консультирование, и коррекция, и психотерапия. В настоящее время существуют различия в понимании психотерапии, зависящие от теоретических научных установок и практических подходов. В понимании психотерапии существует и общее признание того, что это особый вид профессиональной деятельности, основанный на межличностном взаимодействии и воздействии психологическими средствами при оказании помощи в решении проблем и затруднений психического характера и требующий специальной подготовки соответствующего специалиста.

Вопросы для самопроверки:

1. Определите понятие «психологическая помощь».
2. Укажите основные направления оказания психологической помощи.
3. Какие задачи может решать психолог-практик, оказываю психологическую помощь?
4. Что означает термин «собственно психологические задачи» при оказании психологической помощи?
5. Дайте определение понятиям психологическое консультирование, психологическая коррекция, психологическая профилактика.

Основная литература:

1. Абрамова Г. С. Практическая психология Учебник для студентов вузов - Изд 6-е., перераб. и доп. — М : Академический Проект, 2001. — 480 с.
2. Алёшина Ю. Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. — 2-е изд.— М. : Независимая фирма «Класс», 2000. — 208 с. — (Библиотека психологии и психотерапии).
3. Бондаренко А.Ф. Психологическая помощь: теория и практика : учебное пособие для студентов старших курсов психологических факультетов и отделений университетов / А.Ф. Бондаренко. – Москва : Издательство института психотерапии, 2000. – 368 с.

Дополнительная литература:

- 1.Крюкова М., Никитина Т., Сергеева Ю. Экстренная психологическая помощь. М: ЭНАС, 2007.-64с.
2. Меновщиков В.Ю. Психологическое консультирование: работа с кризисными и проблемными ситуациями. - М., 2002. - 528 с.
3. Психологическая помощь и консультирование в практической психологии / Под ред. М. К. Тутушкиной. - СПб., 1999.

Тема 2. Психокоррекция как направление практической психологии.

Как указывает Осипова А.А. в своей книге «Общая психокоррекция», термин «психологическое (клинико-психологическое) вмешательство», широко распространенный в зарубежной литературе, у нас используется еще редко. Более употребительным является термин «психологическая коррекция». Психологическая коррекция представляет собой направленное психологическое воздействие для полноценного развития и функционирования индивида. Термин получил распространение в начале 70-х годов прошлого века. В этот период психологи стали активно работать в области психотерапии, главным образом, групповой.

Об обоснованности использования понятия «психологическая коррекция» наряду с понятием «психологическое вмешательство» ответить однозначно довольно трудно. Их сопоставление обнаруживает очевидное сходство. Психологическая коррекция, так же как и психологическое вмешательство, понимается как целенаправленное психологическое воздействие. Психологическая коррекция, как и психологическое вмешательство, реализуются в различных областях человеческой практики и осуществляются психологическими средствами.

Психологическая коррекция в медицине может быть направлена на решение задач профилактики, лечения (психотерапия) и реабилитации. Психологические вмешательства в медицине (клинико-психологические вмешательства) также выполняют функции профилактики, лечения и реабилитации. И психологическая коррекция, и психологическое вмешательство, используемые с целью лечения, выполняют психотерапевтическую функцию. Очевидно, что по существу эти понятия совпадают³.

Виды психокоррекции.

³ Осипова А.А. ОБЩАЯ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ. УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ. М.: СФЕРА, 2002 Г. 510 с. (с.16).

Осипова А.А. (2002) описывает следующие виды психокоррекции:

1. По характеру направленности выделяют коррекцию:

- симптоматическую;
- каузальную.

Симптоматическая коррекция (коррекция симптомов), как правило, предполагает кратковременное воздействие с целью снятия острых симптомов отклонений в развитии, которые мешают перейти к коррекции каузального типа.

Каузальная (причинная) коррекция направлена на источники и причины отклонений. Данный вид коррекции более длителен по времени, требует значительных усилий, однако более эффективен по сравнению с симптоматической коррекцией, так как одни и те же симптомы отклонений могут иметь совершенно разную природу, причины и психологическую структуру нарушений.

2. По содержанию различают коррекцию:

- познавательной сферы;
- личности;
- аффективно-волевой сферы;
- поведенческих аспектов;
- межличностных отношений:
 - внутригрупповых взаимоотношений (семейных, супружеских, коллективных);
 - детско-родительских отношений.

3. По форме работы с клиентом различают коррекцию;

- индивидуальную;
- групповую:

- в открытой группе для клиентов со сходными проблемами;
- смешанную форму (индивидуально-групповую).

4. По наличию программ:

- программированную;
- импровизированную.

5. По характеру управления корректирующими воздействиями:

- директивную;
- недирективную.

6. По продолжительности:

- сверхкороткую (сверхбыструю);
- короткую (быструю);
- длительную;
- сверхдлительную.

Сверхкороткая психокоррекция длится минуты или часы и направлена на разрешение актуальных изолированных проблем и конфликтов. Ее эффект может быть нестойким.

Короткая психокоррекция длится несколько часов и дней. Применяется для решения актуальной проблемы, как бы "запускает" процесс изменения, который продолжается и после завершения встреч.

Длительная психокоррекция продолжается месяцы, в центре внимания - личностное содержание проблем. Во время коррекции прорабатывается множество деталей, эффект развивается медленно и носит стойкий характер.

Сверхдлительная психокоррекция может продолжаться годы и затрагивает сферы сознательного и бессознательного. Много времени уделяется

достижению понимания сути переживаний. Эффект развивается постепенно, носит длительный характер.

По масштабу решаемых задач различают психокоррекцию:

- общую;
- частную;
- специальную.

Под общей коррекцией подразумеваются мероприятия общекоррекционного порядка, нормализующие специальную микросреду клиента, регулирующие психофизическую, эмоциональную нагрузки в соответствии с возрастными и индивидуальными возможностями, оптимизирующими процессы созревания психических свойств у личности, что само по себе может способствовать ликвидации психических нарушений и гармонизации личности в ходе дальнейшего развития.

Под частной психокоррекцией понимают набор психолого-педагогических воздействий, представляющих собой адаптированные для детского и подросткового возраста психокоррекционные приемы и методики, используемые в работе со взрослыми, а также специально разработанные системы психокоррекционных мероприятий, основанных на ведущих для определенного возраста онтогенетических формах деятельности, уровнях общения, способах мышления и саморегуляции.

Каждый прием имеет, как правило, несколько направлений психокоррекционного воздействия. Частная психокоррекция вооружает специалиста арсеналом средств психологического воздействия, которыми он насыщает программу групповой или индивидуальной работы.

Специальная психокоррекция - это комплекс приемов, методик и организационных форм работы с клиентом или группой клиентов одного возраста, являющихся наиболее эффективными для достижения конкретных задач формирования личности, отдельных ее свойств или психических

функций, проявляющихся в отклоняющемся поведении и затрудненной адаптации (застенчивость, агрессивность, неуверенность, сверхнормативность или асоциальность, неумение действовать по правилам и удерживать взятую на себя роль, четко излагать свои мысли, боязливость, аутичность, склонность к стереотипии, конфликтность, завышенная самооценка и т.д.).

Специальная психокоррекция, таким образом, призвана исправлять последствия неправильного воспитания, нарушившего гармоническое развитие, социализацию личности. Негативные аспекты могут быть обусловлены как субъективными, так и объективными факторами.

Особый случай представляют условия детских домов, исправительных учреждений для несовершеннолетних, воспитание в которых неотделимо от коррекции. В этих случаях первичным фактором, нарушающим психический онтогенез, является психогения, и психокоррекция направлена на преодоление результатов неправильного воспитания.

Психокоррекционная ситуация.

Коррекционная ситуация включает в себя 5 основных элементов:

1. Человек, который страдает и ищет облегчения своей проблемы. Человек, который имеет целый ряд проблем различного рода и нуждается в психологической помощи, в психокоррекции, - это клиент.
2. Человек, который помогает и благодаря обучению или опыту воспринимается, как способный оказывать помощь, - это психолог, психокорректор.
3. Теория которая используется для объяснения проблем клиента. Психологическая теория включает психодинамику, принципы научения и другие психические факторы.
4. Набор процедур (техник, методов), используемых для решения проблем клиента. Эти процедуры непосредственно связаны с теорией.

5. Специальные социальные отношения между клиентом и психологом, которые помогают облегчить проблемы клиента.

Психолог должен стремиться к созданию такой атмосферы, которая позволяет клиенту с оптимизмом смотреть на решение своих проблем. Такое специальное отношение является фактором, характерным для всех форм воздействия.

В 1957 году Роджерс перечислил шесть условий, которые являются необходимыми и достаточными для терапевтического изменения индивидуальности. Он заявил, что эти условия должны иметь место в течение некоторого промежутка времени, достаточного для того, чтобы произошло конструктивное изменение индивидуальности. Роджерс также утверждал: «Никакие другие условия не нужны» (Rogers, 1957, p. 96). Итак, вот эти условия.

Во-первых, между двумя людьми должен быть психологический контакт.

Во-вторых, клиент должен находиться в состоянии не конгруэнтности и быть уязвимым или встревоженным.

В-третьих, консультант должен быть «конгруэнтен или интегрирован в данные отношения».

В-четвертых и в-пятых, консультант должен «безусловно позитивно относиться к клиенту» и «эмпатически понимать систему взглядов клиента и стремиться сообщить об этом клиенту» (К. Роджерс, 1997, с. 96).

В-шестых, умение консультанта адекватно донести до клиента свое эмпатическое понимание его и безусловное позитивное отношение к нему. Роджерс считал конгруэнтность, безусловное позитивное отношение и эмпатию элементами, необходимыми для создания «климата отношений, который способствует терапевтическому росту...»⁴.

Психокоррекция осуществляется также с целью сохранения и профилактики психологического здоровья личности.

⁴ Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М.: Прогресс, 1997. (с.105).

Понятие о психологическом здоровье личности. Критерии психологического здоровья и личностного роста человека.

Психологическое здоровье - оптимальное функционирование всех психических структур, необходимых для текущей жизнедеятельности.

Критериями психического здоровья (по ВОЗ) являются:

- осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я»;
- чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;
- критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам;
- соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;
- способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;
- способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать это;
- способность изменять поведение в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

Критерии психологического здоровья (по Альберту Эллису)⁵:

1. Соблюдение собственных интересов.

Разумные и эмоционально здоровые люди обычно в первую очередь соблюдают личные интересы и ставят их хотя бы немного выше интересов других людей. Они жертвуют собой до определенной степени ради тех, кто им дорог, но никогда полностью не уходят в это.

2. Социальный интерес.

Социальный интерес рационален и обычно является интересом личным, потому что большинство людей выбирают жизнь и

⁵ Эллис А. Гуманистическая психотерапия: Рационально-эмоциональный подход. / Пер. с англ. — СПб.: Изд-во Сова; М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002.

времяпрепровождение в социальных группах или обществе. Если они не чтят мораль, не уважают права других и не содействуют социальному выживанию, вряд ли им удастся создать мир, в котором они сами могли бы жить комфортно и счастливо.

3. Самоуправление.

Здоровые люди обычно склонны принимать ответственность за свою собственную жизнь и в то же время предпочитают кооперироваться с другими. Они не нуждаются ни в какой существенной помощи и поддержке и не требуют её от других, хотя им это может нравиться.

4. Высокая толерантность к фрустрации.

Рациональные люди дают себе и другим право ошибаться. Даже если им очень не нравится свое собственное поведение или поведение других людей, они не склонны осуждать непосредственно себя и других, а судят только неприемлемые и нетерпимые поступки.

5. Гибкость.

Здоровые и зрелые люди обладают гибким мышлением, готовы изменяться, не фанатичны и плюралистичны в своих взглядах на других людей. Они не устанавливают жестких и неизменных правил ни для себя, ни для других.

6. Принятие неопределенности.

Здоровые мужчины и женщины склонны признавать и принимать идею о том, что мы живем в мире вероятностей и случайности, где не существует и, возможно, никогда не будет существовать абсолютной определенности. Они осознают, что жизнь в таком вероятностном и неопределенном мире зачаровывает и возбуждает, но она, определенно, не ужасна. Им достаточно сильно нравится порядок, но они не требуют точного знания о том, что принесет им будущее и что с ними случится.

7. Преданность творческим занятиям.

Большинство людей чувствуют себя более здоровыми и счастливыми, когда они полностью поглощены чем-то внешним по отношению к себе и

имеют, по крайней мере, один сильный творческий интерес или занятие, которое считают настолько важным, что организуют вокруг него значительную часть своей жизни.

8. Научное мышление.

Менее тревожные индивиды имеют тенденцию к более объективному, реалистичному и научному мышлению, чем более тревожные. Они могут глубоко чувствовать и действовать в соответствии с чувствами, но быть в состоянии регулировать свои эмоции и действия, рефлексировав их и оценивая их последствия, в терминах того, в какой степени они способствуют достижению краткосрочных и долгосрочных целей.

9. Принятие себя.

Здоровые люди обычно рады тому, что они живы, и принимают себя уже только потому, что живут и могут этим наслаждаться. Они не оценивают свою внутреннюю значимость по внешним достижениям или по тому, что думают о них другие.

10. Рискованность.

Эмоционально здоровые люди склонны брать на себя риск и пытаться делать то, что они хотят, даже если велика вероятность неудачи. Они смелы, но не безрассудны.

11. Отсроченный гедонизм.

Хорошо приспособленные люди обычно стремятся и к наслаждениям настоящего момента, и к тем радостям жизни, что обещает будущее; они редко закрывают глаза на будущие потери ради сиюминутных приобретений. Они гедонистичны, то есть стремятся к счастью и избегают боли, но допускают, что им еще предстоит пожить какое-то время и что поэтому надо думать не только о сегодняшнем, но и о завтрашнем дне и не позволять минутным удовольствиям овладеть собой.

12. Антиутопизм.

Здоровые люди принимают как факт то, что утопия недостижима и что им никогда не удастся получить все, что они хотят, или избавиться от

всего, что причиняет боль. Они не пытаются нереалистично бороться за тотальное счастье, совершенство и радость или за полное отсутствие тревоги, депрессии, самобичевания и жестокости.

13. Ответственность за свои эмоциональные расстройства.

Здоровые индивиды принимают значительную часть ответственности за свои эмоциональные проблемы на себя, а не обвиняют, защищаясь, других или социальные условия в собственных саморазрушительных мыслях, чувствах и действиях.

Особенности осуществления психокоррекции в рамках психологических подходов.

Психодинамический подход⁶.

Цели коррекции. В основе психоаналитической коррекции лежит представление о том, что аномальное поведение человека является следствием неадекватной интерпретации им своих чувств, потребностей и побуждений. Исходя из такого понимания человеческого поведения, основной целью коррекции выступает помощь клиенту в понимании и осознании им причин его плохого приспособления к реальности и оказание ему помощи в возможности адаптации к ней.

Таким образом, коррекционная работа психоаналитика строится в двух основных направлениях:

1. Работа с клиентом над осознанием неосознаваемого (мотивов фиксации защитных механизмов, способов поведения) и принятие клиентом адекватной и реалистической интерпретации.
2. Работа с клиентом по усилению его "Его" для построения более реалистичного поведения.

Основные стадии психоанализа

Первая стадия - поиск болезненного очага (его вспоминание). На этой стадии используют методы ассоциаций, наблюдения за поведением человека, изучение юмора, оговорки,

⁶ Осипова А.А. ОБЩАЯ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ. УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ. М.: СФЕРА, 2002 Г. 510 с.

описание человека. Стадия заканчивается обнаружением этого очага.

Вторая стадия - вскрытие очага возбуждения, его вербализация. Человек выговаривается, рассказывает психологу о своих переживаниях и их источниках. Это очень болезненный процесс, так как человек как бы заново переживает и страдает, при этом очень часто формируется негативное и агрессивное отношение к психологу. Стадия считается оконченной после того, как человек все рассказал и начал постепенно успокаиваться.

Третья стадия - переоценка значимости событий, сокрытых в болезненном очаге, так называемое "переклеивание ярлыков". Например, из "врага" в "неприятного человека", из "подруги" в "знакомую" и т.д. На этой стадии особое значение имеет внимательное и заботливое отношение психолога к клиенту, помощь клиенту в изменении его системы установок.

Четвертая стадия - эмоциональная окраска новой системы установок, главным образом положительная, спокойная. Осуществляется постепенный переход от любви к безразличию, от агрессивности к равнодушию.

Пятая стадия - забывание, ликвидация очага возбуждения. Чаще всего эта стадия проходит естественным путем как продолжение работы с психологом на предыдущих стадиях.

Психоанализ как психокоррекционный процесс включает следующие процедуры:

- конфронтацию;
- прояснение (кларификацию);
- интерпретацию;
- проработку.

Конфронтация используется для того, чтобы показать клиенту, что он чего-то боится, избегает, для выделения, обособления того психического феномена, который должен стать предметом анализа.

Кларификация состоит в четкой фокусировке значимых деталей.

Интерпретация предполагает преобразование неосознанных деталей и явлений в осознанные.

Проработка включает комплекс процедур и процессов, которые необходимо осуществить после *инсайта*. Это наиболее трудоемкая часть психоаналитической работы, так как требуется большое количество времени и усилий для преодоления *сопротивления*, которое выступает помехой на пути преобразования личности.

Наиболее важной из этих процедур является интерпретация, все остальные ей подчинены: они либо ведут к ней, либо делают ее более эффективной.

Классический психоанализ включает в себя пять базисных техник:

1. Метод свободных ассоциаций.
2. Толкование (интерпретация) сновидений.
3. Интерпретация.
4. Анализ сопротивления.
5. Анализ переноса.

Телесно-ориентированная терапия.

Основы телесно-ориентированной терапии были заложены одним из учеников З.Фрейда Вильгельмом Райхом. Изучив и сопоставив психологические проблемы пациентов с их позами, движениями и физическими недомоганиями, он предложил условное разделение тела человека на сегменты для проведения проблемно-ориентированной терапии.

Райх пришел к представлению о терапии как о восстановлении свободного протекания энергии через тело посредством систематического освобождения блоков мышечного панциря. По его мнению, эти блоки (мышечные зажимы) служат искажению и разрушению естественного чувствования, в частности, подавлению сексуальных чувств.

В предложенной классификации каждая область тела отвечает за невозможность выражения эмоций, что мешает разрешению соответствующих психологических проблем:

- **глазной сегмент** - проблемы с выражением страха и слез;
- **оральный сегмент** (зажимы в области рта, челюстей) - проблемы с выражением гнева, крика, плача;

- **глубокие мышцы шеи и язык** - проблемы с выражением желаний, также возможны проблемы с питанием;
- **грудной сегмент** (зажимы в области груди, плечевого пояса) - работа с выражением смеха, гнева;
- **диафрагма** (позвоночник, внутренние органы) - сдерживание гнева;
- **сегмент живота** - страх нападения, проблемы пищеварения.
- **тазовый сегмент** (репродуктивные органы) и нижние конечности - подавление возбуждения, удовольствия.

Системы телесно-ориентированной терапии (помимо терапии В.Райха)⁷:

- **Биоэнергетика Александра Лоуэна.**

Биоэнергетика Лоуэна представляет собой модификацию терапии В. Райха. Понятие «энергия» имеет для телесно-ориентированной терапии особое значение. Александр Лоуэн, ученик Вильгельма Райха, изучает тело с учетом его энергетических процессов и описывает его как «биоэлектрический океан» химического и энергетического обмена. Она включает райхианскую технику дыхания, многие из традиционных приемов эмоционального раскрепощения. Лоуэн использует также напряженные позы для энергетизации частей тела, которые были заблокированы. В этих позах увеличивается напряжение в постоянно зажатых частях тела. В конце концов оно усиливается настолько, что человек вынужден расслабить мышцы, «распустить мышечный панцирь».

- **Терапия Моше Фельденкрайса.**

Суть системы Фельденкрайса состоит в формировании лучших телесных привычек, в восстановлении естественной грации и свободы движений, в утверждении образа Я, в расширении самосознания и развитии способностей человека. Фельденкрайс

⁷ <https://www.psychologos.ru/articles/view/bioenergetika-aleksandra-louena>

утверждает, что деформированные паттерны мышечных движений приобретают застойный характер, становятся привычками, действующими вне сознания. Упражнения применяются для снижения избыточного напряжения при простых действиях, например при стоянии, и для высвобождения мышц с целью использования их по назначению. Для облегчения осознания мышечных усилий и плавности движений внимание пациента акцентируется на поиске лучшего положения, соответствующего его врожденной физической структуре.

- Метод Ф. Матиаса Александера.

Метод Александера направлен на использование привычных телесных поз и их совершенствование. Александер полагал, что предпосылкой свободных и естественных движений, что бы мы ни делали, является наибольшее возможное растяжение позвоночника. Это не означает насильственного вытягивания позвоночника, имеется в виду естественное вытягивание вверх. Уроки техники Александера предполагают постепенное тонкое руководство в овладении более эффективным и удовлетворительным использованием тела. Как правило, терапия начинается с легкого надавливания на голову, при этом мышцы задней части шеи удлиняются. Кроме упражнений подобного типа, метод Александера включает также коррекцию психологических установок и устранение нежелательных физических привычек. Этот метод особенно популярен среди артистов, танцоров и т. п. Он также эффективно используется для лечения некоторых увечий и хронических заболеваний.

- Терапия Иды Рольф (рольфинг).

Метод структурной интеграции, называемый рольфингом по имени ее основательницы Иды Рольф. В этом методе уделяется большое внимание физическому контакту. В основе метода Рольф лежат

представления о том, что хорошо функционирующее тело с минимумом затрат энергии остается прямым и вертикальным, несмотря на влияние силы тяготения. Под влиянием стресса это положение искажается, а наиболее сильные изменения происходят в фасциях и соединительных оболочках, покрывающих мышцы. Цель структурной интеграции - привести тело к лучшему мышечному равновесию, ближе к оптимальной позе, при которой можно провести прямую линию через ухо, плечо, бедренную кость и лодыжку. Терапия состоит из глубокого массажа с помощью пальцев и локтей. Этот массаж может быть очень сильным и болезненным. Чем больше напряжение мышц, тем сильнее боль и тем более необходимы упражнения. Процедура рольфинга включает 10 основных занятий, в ходе которых тело массируется в определенной последовательности.

Работа над определенными участками тела нередко высвобождает старые воспоминания и способствует глубоким эмоциональным разрядам. Вместе с тем целью рольфинга является преимущественно физическая интеграция, психологические аспекты процесса не становятся предметом специального внимания. В то же время многие из тех, кто сочетал рольфинг с той или иной формой психотерапии, отмечали, что рольфинг помогает освободить психологические блоки, способствуя продвижению в других областях.

- Система «Чувственное сознание».

Работа чувственного сознания фокусируется на непосредственном восприятии, умении отличать собственные ощущения и чувства от социально привитых образов, которые столь часто извращают опыт.

Это требует развития чувства внутреннего мира и покоя, основанного на «недеянии». Многие упражнения в системе чувственного сознания

основаны на фундаментальных положениях — лежании, сидении, стоянии, ходьбе. Эти упражнения, по мнению авторов методики, предоставляют естественную возможность открыть свое отношение к окружающему, развить сознательную осведомленность о том, что мы делаем. Большинство упражнений имеют медитативную ориентацию. Селвер и Брукс указывают, что по мере постепенного развития внутреннего покоя ненужные напряжения и ненужная деятельность уменьшаются, восприимчивость к внутренним и внешним процессам усиливается; происходят и другие изменения во всей личности.

Все системы стремятся научить человека быть более релаксированным, более естественным как в отдыхе, так и в действии. Все они направлены на устранение ненужных напряжений и сходятся в том, что нам не нужно учиться чему-то совершенно новому или развивать новые мышцы. Наиболее важно - отучиться от дурных привычек и вернуться к естественной природной мудрости.

Жизненные затруднения не исчезают бесследно - они остаются в теле в виде мышечных зажимов, и когда зажимов становится слишком много, радость жизни сменяется чем-то более серым. Телесно-ориентированные тренинги возвращают телу расслабление и чуткость.

Аналитическая индивидуальная психокоррекция А.Адлера⁸.

Цели коррекции вытекают из основных положений концепции. Их можно представить *следующим образом*:

- снижение чувства неполноценности;
- развитие социального интереса (просоциальной направленности);
- коррекция целей и мотивов с перспективой изменения стиля жизни.

Техника психокоррекционной работы данного направления включает в себя следующие процедуры: установление правильных отношений, анализ и проработка личностной позиции клиента, подбадривание, поощрение

⁸ Осипова А.А. ОБЩАЯ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ. УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ. М.: СФЕРА, 2002 Г. 510 с. (с.43).

развития самопонимания (инсайта) и помощь в переориентации. Эти процедуры соответствуют следующему четырем этапам психокоррекции:

1. **Установление правильных отношений.** Основа этого этапа - формирование соответствующих установок в отношении клиента: уважительность, вера в возможности и способности человека, активное слушание, проявление искреннего интереса, поддержка и подбадривание. Для этого используются коммуникативные навыки и умения.

2. **Анализ личностной динамики.** Главное на этом этапе - понимания, осознания специфики жизни клиента важное место уделяется опросу о целях жизни: "В чем вы идите свое предназначение?"; "Вам нравится то, на что вы расходуете свою жизнь?" и т.д. Для этого существуют специальные техники.

Опросник семейного созвездия содержит вопросы типа: "Как ваш отец относится к детям?"; "Кто был любимым ребенком в семье?"; "В каких отношениях вы были с отцом и матерью?"; "Каким ребенком вы были?" Смысл подобных вопросов - получить картину восприятия и раннего эмоционального опыта клиента, повлиявших на дальнейшее личностное развитие.

- **Набор вопросов "Раннее воспоминание".** Спрашивается примерно следующее: "Я бы хотел услышать о ваших самых первых детских воспоминаниях"; "Пожалуйста, расскажите что-нибудь из самых первых ваших впечатлений" либо "Хотелось бы услышать ваше самое яркое воспоминание, относящееся к первым шести годам жизни". Как правило, число таких просьб ограничивают четырьмя. В ответах клиента фиксируют: доминирующую тему; повторяющуюся реакцию; позицию (участник или наблюдатель); одиночество или включенность в группу; центральное чувство, которое выражается в воспоминаниях.
- **Анализ сновидения.** В отличие от классического психоанализа в адлеровском подходе отсутствует фиксированная символика. Большое

значение уделяется детским снам. Кроме того, сновидения рассматриваются как репетиция будущих действий.

- **Приоритеты.** Выделяют четыре приоритетные ценности, важные для осмысления жизни: 1) превосходство; 2) контроль; 3) комфорт и 4) желание быть приятным. С целью установления свойственных клиенту приоритетов его просят рассказать о своем обычном дне: что он делает, как себя чувствует, что думает, чего избегает под любым предлогом и какие чувства вызывает у других. При этом в задачу консультанта не входит изменение приоритета, а только приложение усилий по осознанию его.

Подведение итогов. По каждой из предыдущих техник готовится резюме. Резюме обсуждается с клиентом, причем сам клиент читает текст резюме вслух, при этом обращается внимание на его невербальное поведение. Смысл процедуры - нахождение **главных ошибок** в суждении о мире: *гиперобобщения* типа: "Нет в жизни счастья"; *неверие и неосуществимые цели*, например: "Я хочу нравиться всем"; *ошибочное восприятие жизненных требований*, например: "Все несправедливы ко мне"; *отрицание собственной основополагающей ценности* типа: "Я - конченный человек"; *мнимые ценности*, например: "Главное - добиться своего, неважно, какой ценой".

Когнитивно-поведенческая терапия.

Основной методологический подход в том, что к проблемам и болезням человека приводят ошибки мышления (а точнее, ошибочные интерпретации окружающего мира и людей и представления о них) - когниции, при этом диагностически важно именно их наличие в настоящее время, а не факт психотравм в прошлом. Исходя из этого методы поведенческой психотерапии можно поделить на **диагностические**:

- определение патологических когниций;

- определение деструктивных автоматических мыслей (когниции, со временем редуцированные и свернутые в сознании настолько, что «промелькивают» в стрессовой ситуации, или же не осознаются);

и терапевтические:

- обучение тактике управления и нейтрализации деструктивными когнициями и автоматическими мыслями: сначала в воображении, а потом в реальной жизни;
- самостоятельная осознанная практика стрессовых ситуаций с контролем появления старых и новых патологических когниций;
- самообследование и самопомощь на будущее.

Цель поведенческой психотерапии - направляемое психотерапевтом познание своего поведения и тех ошибок мышления, которые ведут к негативным психологическим последствиям.

Техниками когнитивно-поведенческой терапии:

- **психотерапевтическая беседа** по типу «сократовского диалога» на равных с пациентом. При этом ответственность за результат делится пополам между двумя сторонами лечебного процесса;
- **декатастрофикацию** – поиск пациентом аргументов, опровергающих «катастрофический» сценарий;
- **самостоятельную работу** по наблюдению и фиксации мыслей(дневники);
- **замену эмоций на положительные;**
- **смену ролей** - например, пациенту предлагают представить себя «дающим себе советы со стороны»;
- **пересмотр ценностей.**

Рациональная терапия.

В качестве техники терапии используются так же сократовские диалоги, в процессе которых пациент сам осознаёт и принимает ошибочность своих иррациональных верований и убеждений, которые и являются первопричинами заболеваний и проблем.

В процессе бесед происходит разрушение патологических стереотипов поведения, выработка и закрепление новых моделей, обучение приёмам самодиагностики и самокоррекции.

Основным достоинством рациональной психотерапии является преимущественное использование логики - формальной и диалектической - посредством которой психотерапевт помогает пациенту самому раскрыть первопричины своих тревог. При этом пациент сам принимает все решения, сам отвечает на поставленные им самим вопросы и сам обнаруживает решения. Это очень важно для независимых волевых пациентов, поскольку убирает возможность формирования зависимости от психотерапевта.

Рационально-эмоциональная психотерапия используется для подавляющего большинства заболеваний непсихотических регистров:

- невротических расстройств,
- депрессивных состояний неэндогенной природы,
- ОКР,
- тревожно-фобических состояниях,
- расстройствах пищевого поведения,
- ПТСР,
- зависимом и антисоциальном поведении,
- нарушениях контроля воли,
- пограничных расстройствах личности,
- психозах (строго в стадии ремиссии).

Эффективность проведения рациональной психотерапии

Максимальная эффективность рационально эмоциональной психотерапии достигается у интеллектуально развитых людей с высокой мотивацией к изменениям. Однако, в упрощённой форме для решения несложных проблем она тоже эффективна для помощи людям, более развитым практически, а также детям.

Гештальт-терапия

Через осознание и самоанализ у клиента появляется возможность обнаружить и принять отрицаемые им части своей личности: отвергаемые эмоции, желания, качества личности, мысли - тем самым восстановив целостность своей личности.

Динамическая концепция личности в гештальт терапии, которая описывает схему из трех составляющих каждой личности:

- нарциссы,
- невротики,
- шизоиды.

С характерными для каждой из частей перечнем запросов, потребностями, эмоциями. В их тройственном балансе - гармония и психическое благополучие; в их дисфункции или неравнозначности - психопатизация и страдание. Искусство попеременного общения с каждой из этих составляющих человеческой личности и есть исцеляющая основа метода.

Приёмы, техники и методы гештальт терапии

Осознание феноменов позволяет прийти к истокам проблем и болезней - отвергнутым мыслям, чувствам, воспоминаниям, целым чертам характера, которые порождают среди многих других:

- **эгоизм** - абсолютный фокус на себе (своём эго) в ущерб любимым, близким, окружающим и, что не менее важно, себе самому;
- **токсический стыд** - крайне сильное и деструктивное чувство стыда, которое заставляет жертву бежать от окружающих в прямом или переносном смысле по причине невозможности этот стыд выдерживать, находясь рядом с другим человеком;
- **ретрофлексию** - дословно «разворот назад» и причинение себе того, что предполагалось делать окружающим и/или во вне. Крайняя степень - суицид, перед которым стоят мазохизм, соматические заболевания, имеющие истинный конверсионный (психосоматический) характер.

Клиент-центрированный подход К. Роджерса⁹.

Цель коррекции состоит в выработке у клиента большего самоуважения и способности предпринимать действия, необходимые для приведения его "Я"-реального в соответствие с его личным опытом и глубинными переживаниями. С самого начала внимание концентрируется не на проблемах человека, а на нем самом, на его "Я", поэтому задача, которая ставится и решается в рамках взаимодействия психолога и клиента, - это помощь в личностном росте и развитии, благодаря которому человек сам решает свои проблемы. А второстепенная задача - создание соответствующего психологического климата и соответствующих отношений.

К. Роджерс выдвигал четыре условия, необходимые для поддержания атмосферы, способствующей такому процессу:

1. Прежде всего важно, чтобы психолог сохранял *безусловное позитивное отношение* к выражаемым клиентом чувствам, даже если они будут идти вразрез с его собственными установками. Клиент должен чувствовать, что его воспринимают как самостоятельного, значительного человека, который волен говорить и действовать, не опасаясь осуждения.

⁹ Осипова А.А. ОБЩАЯ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ. УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ. М.: СФЕРА, 2002 Г. 510 с. (С.51).

2. *Эмпатия*. Психолог старается увидеть мир глазами клиента и переживать события так же, как их переживает клиент.

3. *Аутентичность*. Психолог должен доказать ее, отказавшись от маски профессионала или от какого-нибудь иного камуфляжа, который мог бы разрушить атмосферу эволюции клиента, лежащую в основе этого метода.

4. Психолог должен *воздерживаться от интерпретации* сообщений клиента или от *подсказки* решений его проблем. Ему нужно только выслушивать и всего-навсего выполнять функцию зеркала, отражающего мысли и эмоции клиента и формулировать их по-новому. Такое отражение и приводит клиента к изучению своих внутренних переживаний, более реалистичному самовосприятию и пониманию того, как его воспринимают другие люди. Согласно Роджерсу именно в результате развития реалистического представления о самом себе человек приобретает способность разрешать проблемы, с которыми он сталкивается.

Когда созданы и соблюдаются указанные выше условия, возможно осуществление процесса психокоррекции, который протекает в следующем направлении:

- клиент все более свободен в выражении своих чувств, которое осуществляется как по вербальным, так и по моторным каналам;
- выраженные клиентом чувства имеют все большие отношения к "Я" и все реже остаются безликими;
- клиент все чаще дифференцирует и распознает объекты своих чувств и восприятий (включая среду, окружающих лиц, собственное "Я", переживания и взаимоотношения между ними);
- выраженные чувства клиента все больше относятся к несоответствию между каким-то из его переживаний и его "Я-концепцией", и клиент начинает осознавать угрозу такого несоответствия;
- клиент осознает переживание чувств, в отношении которых в прошлом отмечались отказы или искажения;

- "Я-концепция" клиента реорганизуется таким образом, чтобы ассимилировать ранее искаженные и подавляемые переживания;
- по мере реорганизации "Я-концепции" ослабляются защиты и в нее включаются такие переживания, которые ранее были слишком угрожающими, чтобы осознаваться;
- клиент развивает способность переживать безусловное положительное отношение со стороны психолога без какого-либо чувства угрозы;
- клиент все отчетливее чувствует безусловную положительную самооценку;
- источником представления о себе все в большей степени являются собственные ощущения;
- клиент реже реагирует на опыт, исходя из оценок, даваемых значимыми другими. Для такого коррекционного процесса характерно следующее:
- основной акцент делается на эмоциональных аспектах, чувствах, а не на интеллектуальных суждениях, мыслях, оценках;
- коррекционная работа ведется по принципу "здесь и теперь";
- преимущество отдается инициативе клиента, который является главным во взаимодействии и стремится к саморазвитию, а психолог лишь направляет это стремление в нужное русло. Клиент сам определяет те изменения, которые ему необходимы, и сам их осуществляет.

Экзистенциальный подход¹⁰.

Цели коррекции. Основная цель экзистенциальной коррекции - помочь клиенту обрести смысл жизни, осознать личностную свободу, ответственность и открыть свои потенции как личности в полноценном общении. И одновременной задачей экзистенциального взаимодействия выступает безусловное признание личности клиента и его судьбы важнейшим, уникальным и безусловным, заслуживающим признания жизненным миром, само существование которого есть ценность.

¹⁰ Осипова А.А. ОБЩАЯ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ. УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ. М.: СФЕРА, 2002 Г. 510 с. (С.64).

Процесс экзистенциальной коррекции состоит в развитии внутреннего самосознания, модифицирующего собственные структуры восприятия, изменяющего конструкт "Я и внешний мир"

На этом пути возможно сопротивление клиента, так как человек ограничен в доступе к своим внутренним потенциалам тем, как он формирует конструкт "Я и внешний мир"

В экзистенциальной психокоррекции речь идет не о психотехнике как совокупности приемов, используемых для решения задач основной личностной экзистенциальной проблематики, а рассматриваются *подходы* к решению этих задач

Первый подход - упор на развитие самосознания. Осознание собственных мотивов, выбор предпочтений, система ценностей, цели и смысла. В контексте экзистенциальной парадигмы упор делается на освобожденную функцию самоосознания, поскольку первенство отдается не рефлексивному самоосознанию, а скорее ценностному переживанию своего "Я", открытию для себя значимости и ценности собственного жизненного мира. Дать клиенту осознать и пережить свои ограничения, свою потенциальную свободу от прошлого, ценность своего "Я" и жизни в настоящем - таковы основные предпосылки и соответствующие им отношения экзистенциального психолога.

Второй подход - культивирование свободы ответственности. В соответствии с данной установкой психолог стремится оказать клиенту помощь в обнаружении способов ухода от ответственности и свободы и поощряет принятие риска в отношении этих ценностей. Разъяснения о том, что у клиента всегда есть выбор, поощрение открытого признания собственного отказа от принятия ответственности, подбадривание в отстаивании собственной независимости (автономности) и акцент на личных желаниях и переживаниях клиента, на его личном выборе в той или иной жизненной ситуации - таковы основные предпосылки реализации данной установки.

В экзистенциальной психокоррекции отсутствует прямое обучение. Человек может научиться только сам. Поэтому особую значимость имеют именно нюансы в поведении, установках психолога. Развитие открытости, сензитивности клиента к нюансам отношений в общении - таков путь в экзистенциальной психокоррекции.

Третий подход - *помощь в открытии или создании смысла*. В реализации данной установки полезна техника фиксирования на смысле, предложенная Ю. Джендлином. Содержание ее состоит в сосредоточении на телесных ощущениях в процессе каких-либо действий. Клиента просят помолчать, попытаться ощутить и понять свои подлинные переживания, их значимость для него. Важным моментом в применении техники является открытие экзистенциального вакуума, т.е. бессмысленности жизни, и конфронтация с клиентом или облегчение его возможных переживаний в связи с этим.

Психолог не указывает, в чем смысл жизни клиента, а лишь создает условия для открытия клиентом или создания им своих смыслов. Причем следует помнить, что смысл для экзистенциального психолога не дается непосредственно, а приходит попутно, с вовлечением человека в творчество, созидательную деятельность, в которых его интенции направлены обычно не на себя, а вовне.

Четвертый подход - *уникальность и идентичность*. Ключ к реализации данного механизма психокоррекции - в поощрении открытого высказывания клиентом своих чувств и осознании дифференцировки между чувствами и переживаниями: реактивными, ситуативными и глубинными (личностными). Основная линия реализации данной предпосылки - открытие собственного аутентичного "Я" и "Я" неподлинного, когда клиент делает, говорит и чувствует не то, что свойственно или хочется ему, а то, что связано с имитацией жизни, с играми, а не подлинными отношениями близости или отчуждения с другим. Собственная идентичность, где "Я", "Мое", а где "Не я", "Не мое", и переживание своей идентичности, своего "Я" как уникального

неповторимого жизненного мира - таков основной ориентир данной психокоррекционной предпосылки.

Пятый подход - работа с тревогой. В экзистенциальной психокоррекции (в отличие от других направлений) не существует обязательного правила - снижать уровень тревожности клиента. Тревога рассматривается как одно из проявлений бытия, поэтому психологу интересно, каким способом клиент пытается совладать с тревогой; какую функцию выполняет тревога (роста личности или ограничение ее личностного бытия); склонен ли клиент принять свою тревогу или стремится подавить ее.

Тревога как проявление пограничной ситуации, в которой находится или в которую помещает себя клиент, - важный феномен для коррекционной работы. Ее исследование, проявление, принятие, разделение, уважение к клиенту в связи с его тревогой и его отношением к ней - компоненты психотехники представителя экзистенциальной психокоррекции.

Логотерапия В. Франкла¹¹.

В данном направлении рассматривается смысл человеческого существования и осуществляется поиск этого смысла. Согласно взглядам Франкла стремление человека к поиску и реализации смысла жизни является врожденной мотивационной тенденцией, присущей всем людям, и основным двигателем поведения и развития личности. Франкл считал "стремление к смыслу" противоположным "стремлению к удовольствиям": "Человеку требуется не состояние равновесия, покоя, а борьба за какую-либо цель, достойную его".

Однако человеческое стремление к реализации смысла жизни может быть фрустрировано, и эта экзистенциальная фрустрация способна привести к неврозу.

В. Франкл считает человека творцом, всю жизнь созидающим свою *духовность*. Человеческие поступки он делит на три типа:

1. Способствующие созиданию духовной личности.

¹¹ Осипова А.А. ОБЩАЯ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ. УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ. М.: СФЕРА, 2002 Г. 510 с. (С.56).

2. Разрушающие духовность.

3. Безразличные по отношению к духовности. Человек несет ответственность за свои поступки. Уход от ответственности также является поступком, за который человек расплачивается. Человек всегда свободен в выборе своих поступков, в принятии решения, но только в случае выбора созидающего поступка реализуется смысл жизни.

Созидающие поступки направлены на поиск ценностей творчества, переживания и отношения. Для каждого человека эти ценности уникальны, конкретны и неповторимы, поэтому человек в поисках смысла жизни ищет и находит свою область, в которой он реализует себя и строит свою личность.

Если у человека возникает состояние потери смысла жизни, В. Франки рекомендует понять и почувствовать уникальность и неповторимость собственной личности. Обретя самооценку, ценность окружающих людей и мира, в котором он живет, человек обретает уверенность в себе, своей полноценности, нужности, т.е. смысл существования. Жизнь человека не может лишиться смысла ни при каких обстоятельствах - смысл жизни всегда может быть найден.

Для того чтобы помочь человеку в решении его проблемах, Франкл предлагает два основных метода:

- метод дерефлексии;
- метод парадоксальной интенции*.

1. **Метод дерефлексии** означает снятие излишнего самоконтроля, размышление о собственных сложностях - то, что в обиходе называют самокопанием. Так, в ряде исследований было показано, что современная молодежь в большей степени страдает от мысли о том, что у нее есть комплексы, чем от самих комплексов.

2. **Метод парадоксальной интенции** предполагает, что психолог вдохновляет клиента именно на то, чего тот старается избежать. При этом активно используются различные проявления юмора.

В. Франкл считает юмор формой свободы, аналогично тому, как в экстремальной ситуации формой свободы является героическое поведение.

В логотерапии также используются следующие приемы персональное осмысление жизни; "сократовский диалог".

3. Персональное осмысление жизни. Прием заключается в том, чтобы человеку, утратившему смысл жизни, сказать, показать, что он нужен другому человеку, что жизнь без него

59 теряет для этого человека смысл. Для матери, потерявшей взрослого ребенка, смыслом жизни может стать воспитание внуков. Женщина, потерявшая ребенка в результате онкозаболевания, учреждает благотворительный фонд и находит смысл жизни в том, что помогает другим матерям, оказавшимся в подобной ситуации. Таким образом, смысл своей жизни человек приобретает через осознание того, что он нужен и полезен другим, близким ему людям. Это один из способов превращения жизни, лишенной смысла, в осмысленную, осознание своей уникальности, незаменимости, по крайней мере, хотя бы еще для одного человека. Человек может найти смысл своей жизни в творчестве, в том, что он делает добро для других, в поисках истины, в общении с другим человеком. Самое главное, чтобы он мог получать удовлетворение от всех этих дел и видов деятельности. По Франклу, проблема заключается не в том, в каком положении оказался человек, а в том, как он относится к своему положению.

4. "Сократовский диалог". Задача данного приема - вовлечение клиента в сотрудничество и расширение сферы его сознания. "Сократовский диалог" - своего рода интеллектуальный поединок между психологом и клиентом, в ходе которого корректируются *непоследовательные, противоречивые и бездоказательные* суждения клиента.

Психолог постепенно, шаг за шагом, подводит клиента к запланированному выводу. В основе данного процесса лежит логическая аргументация, составляющая ядро приема. Во время беседы психолог формулирует вопросы таким образом, чтобы клиент давал максимальное

количество положительных ответов. Таким образом клиент подводится к принятию суждения, которое ранее не принималось, было мало понятным или неизвестным.

Реконструктивно-личностная терапия

В основе метода лежат два процесса:

- осознание клиентом настоящих источников своих проблем и невротических расстройств, переключение фокуса с внешних факторов на внутренние;
- реконструкция отношений внутри самой, с целью коррекции выявленных нарушений поведенческих аспектов и установки новых, позволяющих не только устранить негативные психологические симптомы, но и стать более эффективной личностью на эмоциональном и социальном уровнях.

Метод применяется в целях улучшения семейных взаимоотношений, личностного развития, а также при лечении:

- зависимостей,
- невротических расстройств,
- личностных расстройств,
- панических состояний,
- социофобий.

Вопросы для самопроверки.

1. Перечислите виды психокоррекции и опишите их специфику.
2. Что такое психокоррекционная ситуация и какие этапы она включает в себя?
3. Дайте определение понятию «психологическое здоровье личности».
4. Перечислите критерии психологического здоровья и личностного роста человека.

5. Назовите основные задачи и методы реализации реконструктивно-личностной терапии.

6. Логотерапия В. Франкла: основные цели и техники.

7. Экзистенциальный подход и его применение в психокоррекционной практике.

8. Гештальт-терапия как направление психокоррекции.

9. Когнитивно-поведенческая терапия, ее виды, сферы применения и техники.

10. Аналитическая индивидуальная психокоррекция А. Адлера: цели и основные техники.

11. Телесно-ориентированная терапия и ее возможности в психокоррекции

12. Психодинамический подход в психокоррекционной работе.

Основная литература:

1. Осипова А.А. Общая психокоррекция. Учебное пособие. М.: Сфера, 2002г. - 510с.

2. Хухлаева, О.В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции: Учеб. пособие / О.В. Хухлаева. - М.: Издательский центр «Академия», 2001. - 208 с.

3. Караяни, А.Г. Психотерапия и психокоррекция как методы психологической помощи / А.Г. Караяни, И.В. Сыромятников. - СПб.: Питер, 2006. - 480 с.

Дополнительная литература:

1. Колесникова, Г.И. Основы психопрофилактики и психокоррекции / Г.И. Колесникова. - Ростов/н/Д.: Феникс. - 2005. - 128 с.

2. Психологическая коррекция: учеб. пособие / сост. Я.А. Мазуренко. - Новосибирск: Изд-во НГТУ, 2007. - 132 с.

3. Шевандрин, Н.И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности: Учеб. для студ. высш. учеб. заведений. - 2-е изд. / Н.И. Шевандрин. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. - 512 с.

Тема 2. Методические основы и направления психопрофилактики.

Психопрофилактика - раздел общей профилактики, направленной на предупреждение возникновения нервно-психических расстройств и заболеваний, устранение психогенных факторов в среде человека.

В литературе существуют разные определения понятия психопрофилактика.

«Психологическая профилактика - раздел общей профилактики, который включает мероприятия, направленные на предупреждение психических заболеваний»¹².

Психологическая профилактика - интрадисциплинарная область, целью которой является предупреждение нервно-психических заболеваний (Б. Д. Карвасарский 1982).

«Психологическая профилактика - системообразующий вид деятельности практического психолога образования, направленный на предупреждение возможного неблагополучия в развитии ребенка, создание психологических условий, максимально благоприятных для этого развития, на сохранение, укрепление и развитие психологического здоровья детей в течение всего дошкольного и школьного детства В. В. Пахальян(2002)¹³.

Выполнение психопрофилактических мероприятий требует специальных знаний в области клинической (медицинской) психологии, психиатрии и психотерапии. Это особенно важно, если учитывать тесную взаимосвязь физического и душевного здоровья человека. Психическое состояние оказывает влияние на соматическое здоровье человека, а соматические проблемы могут вызвать серьезное эмоциональное расстройство.

Выделяют следующие уровни осуществления психопрофилактики.

Первичная психопрофилактика - это комплекс мероприятий, направленных на предупреждение вредных воздействий на человеческую психику и

¹² Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология — 2 изд. — М.: Медицина, 1984. — 272 с.

¹³ Пахальян В.Э. Психопрофилактика в образовании // Вопр. психол. 2002. № 1. С. 38-44.

предупреждение психических заболеваний у психически здорового населения.

На этом уровне система психопрофилактики состоит в изучении выносливости психики к воздействию вредных агентов окружающей среды и возможных путей увеличения этой выносливости, а также предупреждении психогенных заболеваний.

Первичная психопрофилактика тесно связана с профилактикой общей и предусматривает комплексное участие в ней большого круга специалистов: социологов, психологов, физиологов, гигиенистов, врачей.

По сути, это диспансеризация здорового населения с осуществлением широкого комплекса психогигиенических мероприятий, поскольку способствовать возникновению нервно-психических нарушений могут –

- неблагоприятные социально-психологические условия существования человека (информационные перегрузки, психическая травматизация и микросоциальные конфликты, неправильное воспитание в детстве и т.п.),
- факторы биологического характера (соматические болезни, травмы мозга, интоксикации, действие вредностей в период внутриутробного развития мозга, неблагоприятной наследственности и т.п.).

Особая роль в осуществлении первичной психопрофилактики отводится психиатрам, психотерапевтам и клиническим (медицинским) психологам, которые призваны осуществлять не только раннее выявление нервно-психических заболеваний, но и обеспечивать разработку и внедрение специальных психопрофилактических и психотерапевтических мероприятий в различных сферах человеческой деятельности.

Вторичная психопрофилактика - это максимально раннее выявление начальных фаз нервно-психических заболеваний и их своевременное (раннее) активное лечение.

Она состоит в контроле за не утяжелением или в предупреждении негативных последствий уже начавшегося психического заболевания или психологического кризиса.

Согласно рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения, под вторичной профилактикой подразумевается именно лечение. Некачественное, несвоевременное лечение при нервно-психических заболеваниях способствует их затяжному, хроническому течению.

Вторичная профилактика направлена не только на биологическую основу болезни, она требует применения психотерапии и социотерапии в широком смысле этих понятий.

Третичная психопрофилактика - это предупреждение рецидивов нервно-психических заболеваний и восстановление трудоспособности человека, перенесшего заболевание.

Третичная психопрофилактика направлена на предупреждение инвалидности при наличии у человека нервно-психического заболевания.

Например, при различных аффективных расстройствах типа маниакально-депрессивного психоза с успехом применяются с профилактической целью соли лития. При неврозах главное место в поддерживающей терапии принадлежит психотерапии и т.д.

В психопрофилактической деятельности принимают участие представители самых разных профессий - врачи, психологи, педагоги, социологи, юристы.

- Задача психологов, при *первичной психопрофилактике*, - формировать представление о здоровом образе жизни, ценность здоровья, чувство необходимости здоровья у всех людей.

- В *рамках вторичной психопрофилактики* клинические психологи осуществляют диагностическую, коррекционную и психотерапевтическую работу. Роль психологов предусматривает консультативные и восстановительные формы профилактической деятельности. Сюда же относится психологическая работа с группами риска, коррекция факторов риска и образа жизни.

- *Третичная профилактика* - работа с переболевшими людьми, направленная на предотвращение инвалидизации или повторения рецидива

болезни. Клинические психологи участвуют в решении психологических задач реабилитации больных разного профиля - психических, неврологических, соматических и др. Выделяют три вида задач:

- коррекция риска суицида или инвалидизации, возобновления заболевания;
- коррекция тревожности, уровня притязаний, мотивации, послеболезненных синдромов;
- восстановление нарушенных ВПФ;
- восстановление и нормализация отношений в среде.

Для предупреждения утраты работоспособности при нервно-психических заболеваниях или профессиональных и личностных кризисах, речь идет обычно:

- о профессиональной реабилитации (поиск новых ресурсов в профессиональной деятельности, возможностей профессионального роста или в ряде случаев - возможной смене профессии);
- о социальной адаптации (создание максимально благоприятных условий для больного человека при его возвращении в привычную окружающую среду),
- о поиске путей для самоактуализации личности (осознание личностью собственных возможностей для пополнения ресурсов роста и развития).

В приведенной таблице 2 представлено содержание понятия первичной, вторичной и третичной психопрофилактики в медицинской психологии (Чупров Л.Ф., 2003)¹⁴.

Таблица 2.		
Содержание первичной, вторичной и третичной психопрофилактики		
Первичная	Вторичная	Третичная
Автор: И. И. Беляев (1973)		
Задачи совпадают с целями психогигиены.	Максимальное выявление начальных форм нервно-	Предупреждение рецидивов нервно-психических

¹⁴ Чупров Л.Ф. Психологическое просвещение в системе психопрофилактической работы практического психолога: Основы теории и методика. -М.: OIM.RU, 2003.

	психических заболеваний.	заболеваний и восстановление трудоспособности больных.
Авторы: Н. Д. Лакосина, Г. К. Ушаков (1984)		
Система, которая включает охрану здоровья будущих поколений, изучение и прогнозирование возможных наследственных заболеваний, гигиену брака и зачатия, охрану матери от возможных вредных влияний на плод и организацию родовспоможения, раннее выявление пороков развития у новорожденных, своевременное применение методов лечебно-педагогической коррекции на всех этапах развития.	Система мероприятий, направленных на предупреждение опасного для жизни или неблагоприятного течения уже начавшегося психического или другого заболевания.	Система мероприятий, направленных на предупреждение возникновения инвалидности при хронических заболеваниях. В этом большую роль играет правильное использование лекарственных и других средств, применение лечебной и педагогической коррекции и систематическое использование мер реадaptации.
Автор: Л. Л. Рохлин (1983)		
Мероприятия, предупреждающие возникновение нервно-психических расстройств: борьба с инфекциями, травмами и психогенными воздействиями; правильное воспитание подрастающего поколения; превентивные меры в отношении семейных конфликтов, организационные психотерапевтические мероприятия в острых конфликтных ситуациях (так называемая кризисная интервенция); профилактика проф. вредностей; правильная проф. Ориентация и проф. Отбор, а также прогнозирование возможных наследственных заболеваний (медико-генетическое консультирование).	Комплекс мероприятий по предупреждению неблагоприятной динамики уже возникших заболеваний, уменьшению патологических проявлений, по облегчению течения болезни и улучшению ухода, а также раннюю диагностику, своевременное и адекватное лечение, прогноз опасных для жизни больного состояний.	Мероприятия направленные на предупреждение неблагоприятных социальных последствий заболеваний; реабилитационные мероприятия, предупреждение инвалидности и др.
Включает для реализации задач психогигиену и широкие социальные мероприятия.	Включает для реализации задач комплексную фармакотерапию и психотерапию.	Включает для реализации задач социальную реабилитацию.

Задачами профилактики являются: 1) предотвращение действия на организм болезнетворной причины, 2) предупреждение развития заболевания путем ранней диагностики и лечения, 3) предупредительное лечение и мероприятия, предотвращающие рецидивы болезни и переход их в хронические формы. В профилактике психических заболеваний большую роль играют общепрофилактические мероприятия, такие, как устранение инфекционных заболеваний, интоксикаций и других вредных воздействий внешней среды.

Вопросы для самопроверки.

1. Дайте определение понятию «психологическая профилактика».
2. Назовите уровни осуществления психопрофилактики. Приведите примеры реализации психопрофилактики на разных ее уровнях.
3. Перечислите задачи психорофилактики в зависимости от цели ее реализации.

Основная литература:

1. Абрамова, Г.С. Практическая психология. Учебник. Глава V Психологическая коррекция / Г.С.Абрамова. - М.: Академический Проект, 2003. - 496 с.
2. Колесникова, Г.И. Основы психопрофилактики и психокоррекции / Г.И. Колесникова. - Ростов/н/Д.: Феникс. - 2005. - 128 с.

Дополнительная литература:

1. Андрияшина Л. О. Психологическая профилактика агрессивного поведения школьников-подростков: Автореф. дис. ... канд. наук. Тверь, 2003.
2. Максимова, Н. Ю. Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних: учеб. пособие / Н. Ю. Максимова. Ростов н/Д : Феникс, 2000. –383 с.
3. Шилова, Т. А. Профилактика алкогольной и наркотической зависимости у подростков в школе : практ. пособие / Т. А. Шилова. –2-е изд. – М. : Айрис-пресс: Айрис-Дидактика, 2005. – 93 с.

Тема 4. Принципы и способы осуществления психологической реабилитации

Реабилитация (лат. *rehabilitatio* - восстановление в правах) - система медицинских, психологических и социальных мер, предупреждающих дальнейшее развитие болезни, потерю работоспособности и направленных на возможно более раннее и эффективное возвращение больных и инвалидов к общественно полезному труду и активной социальной жизни.

Психологическая реабилитация - мероприятия, направленные на восстановление психологического здоровья и трудоспособности человека. Нарушения физического и психического здоровья создают препятствия для самоактуализации индивидуума, ограничивают его личностный рост.

Важнейшими задачами реабилитации являются восстановление личного (в собственных глазах) и социального (в глазах окружающих) статуса больного - семейного, трудового, общественного.

Принципы психологической реабилитации (на примере организации реабилитации больных, перенесших инсульт)¹⁵:

1. Ведущая роль личности в построение программ психологической помощи в реабилитации: выявление проблем личности на каждом этапе реабилитации, и их коррекция.
2. Поэтапность психологической реабилитации. Этапы психологической реабилитации отражают динамику изменений системы отношений личности больного (к самому себе, к заболеванию и лечению, к микро- и макросоциуму) после перенесенного заболевания. На каждом этапе происходит приспособительная изменчивость системы отношений личности: самопринятие и самопомощь; формирование приверженности к лечению, сотрудничество с персоналом; принятие новой социальной роли, принятие нового смысла жизни.

¹⁵ Ермакова Н.Г. Психологическая реабилитация больных с последствиями инсульта в условиях восстановительного лечения // Медицинская психология в России. – 2018. – Т. 10, № 2. – С. 9-19.

3. Информирование (осведомленность) больного о необходимости выполнения психологических условий реабилитации, способствующих эффективному лечению: приверженность к лечению (комплаентность); сотрудничество с персоналом; активность в самостоятельных занятиях; формирование установок здорового образа жизни; и готовность больного к выполнению психологических условий реабилитации.

4. Ориентирование больного на формирование установок здорового образа жизни, как условие психологической профилактики повторного инсульта.

5. Индивидуальность – учет индивидуальных особенностей больного (соматических, двигательных, когнитивных, эмоциональных, личностных) при построении индивидуальной программы психологической реабилитации.

6. Разноуровневость воздействий, одновременно на разных уровнях психической регуляции: биологической (психофизиологической), внутриличностной и межличностной.

7. Непрерывность психологических воздействий на разных этапах психологической реабилитации (на стационарном и амбулаторном этапе).

8. Осведомленность и заинтересованность больного в выполнении назначений и реабилитационных рекомендаций специалистов после выписки из стационара, в домашних условиях, как фактор непрерывности выполнения реабилитационных режимов нервно-психической и физической нагрузки, направленной на закрепление результатов лечения и профилактику повторного инсульта.

9. Ориентация родственников больного на создание щадящей, гуманистической среды в домашних условиях.

М.М. Кабановым (1978) были выделены этапы реабилитации при нервно-психических расстройствах.

Основные этапы реабилитации:

1. восстановительная терапия - лечение в стационаре, активная биологическая терапия с включением психотерапии и социотерапии, постепенный переход от щадящего режима к активизирующему;
2. реадaptация - начинается в стационаре и продолжается во внебольничных условиях, адаптация к семье, наряду с поддерживающей терапией применяют лечение трудом, а при необходимости обучают новой профессии;
3. реабилитация в собственном значении слова - рациональное трудоустройство, нормализация бытовых условий, активная социальная жизнь.

Реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья - одна из наиболее важных и трудных задач современности.

Общее содержание реабилитации, в частности, в отношении больных и инвалидов, состоит в следующем.

1. Функциональное восстановление способностей больных и инвалидов и т. д.; в том числе: а) полное восстановление (реституция); б) компенсация при ограниченном или отсутствующем восстановлении (например, при неспособности работать правой кистью руки вследствие ее травмы приспособление к работе левой рукой);
2. Приспособление к труду (трудотерапия);
3. Непосредственная социально-психологическая реабилитация - приобщение личности к повседневной жизнедеятельности, включение в социальные отношения на основе восстановления психических функций и коммуникативных способностей. В 1960г. Создано Международное общество по реабилитации инвалидов, которое регулярно проводит конгрессы, помогает реабилитации людей в разных странах. Объектами социальной и социально-психологической реабилитации являются наряду с больными и инвалидами следующие группы людей: пенсионеры и пожилые; бомжи; беспризорные и бездомные дети и подростки; безработные; мигранты и беженцы; люди, оказавшиеся в

критических экстремальных ситуациях; осужденные и бывшие осужденные; алкоголики, наркоманы и др.

В целом в качестве объектов психологии и социальной работы выступают три общих группы населения:

1. социально малозащищенные группы (сироты, инвалиды и др.);
2. маргиналы (бродяги, «бомжи» и др.)
3. лица с отклоняющимся (девиантным) поведением (осужденные, алкоголики, наркоманы и др.)

Психологическая реабилитация призвана решать широкий круг задач психологической помощи лицам с ограниченными возможностями здоровья, и, прежде всего, таких как:

1. Нормализация психического состояния.
2. Восстановление нарушенных (утраченных) психических функций.
3. Гармонизация Я-образа со сложившейся социально-личностной ситуацией (ранение, инвалидизация и др.).
4. Оказание помощи в установлении конструктивных отношений с референтными личностями и группами и др.

Таким образом, цель психологической реабилитации заключается в восстановлении психического здоровья и эффективного социального поведения.

Это обозначает и возвращение к жизни, возвращение в общество, т. е. ресоциализацию. Реабилитация имеет не только конечную цель — восстановление личного и социального статуса больного (полное или частичное). Это - процесс, ускоряющий саногенез, имеющий свои нейрофизиологические и психологические параметры, и метод подхода к больному человеку, характеризующийся принципами апелляции к личности больного, партнерство его с врачом в реализации целей реабилитации, разносторонности усилий, направленных на разные сферы жизнедеятельности больного и на изменение его отношения к себе и к своей болезни (Кабанов М. М., 1979).

Виды реабилитации:

1. Медицинская реабилитация. Задача реабилитации заключается в том, чтобы с помощью сохранившихся способностей и функций поврежденного болезнью органа путем использования и тренировки этих функций приспособить больного к прежним или изменившимся условиям труда и быта.

Успех реабилитации зависит от того, насколько адекватно будут учтены функции и способности, которые сохранились у данного человека, и именно на них необходимо опираться в процессе реабилитации.

О медицинской реабилитации говорят в тех случаях, когда при помощи лекарственных средств, психотерапии, физиотерапевтических процедур, физкультуры, массажа и др. стремятся восстановить трудоспособность больного.

2. Под профессиональной реабилитацией понимают стремление использовать сохранившуюся трудоспособность, приспособить больного к прежнему или иному (менее сложному) виду трудовой деятельности.

3. Социальная реадaptация - создание соответствующих условий в семье (улучшение жилищных условий, материальное обеспечение), восстановление утраченных контактов с окружающими, которые дают возможность больному вернуться в общество, т. е. приводят к восстановлению его общественного положения.

В результате болезни может остаться более или менее выраженный дефект. Принято выделять две формы его компенсации: высокий уровень компенсации (активное преодоление дефекта) и низкий уровень (приспособление к дефекту).

Уровень компенсации не столько зависит от самого дефекта, сколько от особенностей личности больного, от психотерапевтической работы с ним, умения врача найти контакты с больным и создать новую жизненную доминанту.

М. М. Кабанов, учитывая, что в литературе существует большое количество терминов, используемых для обозначения задач по социальному и трудовому восстановлению больных, для унификации и предупреждения смешения понятий предложил пользоваться термином «ресоциализация».

Этапами ресоциализации являются: восстановительная терапия, реадaptация и собственно ресоциализация. Восстановительная терапия направлена на предупреждение дефекта. Рееадаптация имеет своей целью приспособление больного к условиям среды.

Реабилитация заключается в комплексе усилий, направленных на восстановление социальных связей больного и его индивидуальной и общественной ценности.

Наиболее сложной психологической проблемой для больного является состояние, которое возникает в связи с болезнью или травмой. Нередко именно психогенная реакция больного на дефект вызывает большую потерю трудоспособности, чем сам дефект. Не каждый больной может легко смириться с дефектом, привыкнуть к нему, найти для себя пути компенсации.

Современные программы психологической реабилитации - это интегративное воздействие методов:

- **Цветотерапия** (повышение адаптационных возможностей организма человека, регуляция психовегетативных процессов, повышение стрессоустойчивости).
- **Музыкотерапия** (эмоциональная разгрузка, развитие коммуникативных функций, гармонизация общего состояния).
- **Ароматерапия** (помогает расслаблению, обладает антидепрессивным эффектом, иммуностимулирующим, снижает утомляемость).
- **Вибротерапия** (уменьшение раздражительности и тревоги, расслабление скелетной мускулатуры, улучшение общего психофизиологического состояния, нормализация сна).
- Воздействие светом, звуком с применением биологической обратной связи - БОС, светотформокоррекции (диагностика психофизического состояния,

профилактика и коррекция последствий психоэмоциональных перегрузок и оптимизация психофизиологического состояния).

- **Сенсорная комната** (быстро нормализует психоэмоциональное состояние, стимулирует процессы саморегуляции, создает ощущение безопасности, является важной составляющей всех программ психологической реабилитации).
- **Телесноориентированная терапия** – (коррекция и оптимизация психоэмоционального и физического состояния).
- **Тренинги** (повышение уровня знаний в области психологии стресса, поиск и развитие скрытых ресурсов организма, актуализация адаптационных и физиологических ресурсов).

БОС-терапия. Основная идея метода.

Методика проведения «бос терапии» основана на том, что человек может корректировать большинство своих биологических функций при наличии обратной связи. Этот вид терапии помогает немедикаментозно убрать саму причину заболевания, пользуясь внутренними, не имеющими побочных эффектов, ресурсами организма. Метод биологической обратной связи инструментально регистрирует все изменения в теле человека и дает возможность контролировать на сознательном уровне то, к чему он ранее не имел доступа: комплекс биологической обратной связи.

Терапия с ЭЭГ датчиками, позволяет научиться сознательно управлять ритмами электрической активности собственного мозга, нормализуя циклы сна-бодрствования, концентрации и расслабления. С помощью датчиков кожно-гальванической реакции можно осуществлять обучение релаксации и мобилизации); с помощью применения датчиков температуры реализуется обучение управлению тонусом периферических сосудов; датчики дыхания помогают сформировать диафрагмально-релаксационный тип дыхания; датчики тонуса мышц позволяют снимать головные боли, напряжение, заболевания периферических нервов); через использование датчиков частоты сердечно-сосудистых сокращений можно контролировать увеличение

выраженности дыхательной аритмии сердца с целью оптимизации вегетативного баланса.

Вопросы для самопроверки.

1. Дайте определение понятию «Психологическая реабилитация».
2. Перечислите принципы психологической реабилитации.
3. Дайте характеристику каждому из основных этапов реабилитации.
4. Раскройте общее содержание реабилитации.
5. Перечислите круг задач психологической помощи лицам с ограниченными возможностями здоровья.
6. Какие вы знаете виды реабилитации?
7. В чем проявляется интеграция воздействия методов психологической реабилитации?

Основная литература:

1. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаранова Н.В. Реабилитация неврологических больных. - М.: Медпресс-информ, 2008. - 560 с.
2. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.

Дополнительная литература:

1. Григорьева В.Н. Психосоматические аспекты нейрореабилитации. Хронические боли. – Н. Новгород : Изд-во НГМА, 2004. – 420 с.
2. Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г. Основы реабилитации неврологических больных. СПб.: Фолиант, 2004. - 304 с.
3. Столору Р.Д. Травма и человеческое существование. Автобиографические, психоаналитические и философские размышления. Пер. с англ. - М.: Когито-Центр, 2016. – 120 с.

4. Березовец В.В. Социально - психологическая реабилитация ветеранов. Дисс. ... канд. психол. наук, М.,1997. - 165 с.

Тема 5. Организация психологической реабилитации в медицинских и специализированных учреждениях

Психологическая реабилитация в учреждениях здравоохранения.

Комплексная психологическая реабилитация онкобольных.

Пример организации такой комплексной психологической реабилитации представлен в статье «Психологическая реабилитация семей с детьми, перенесшими онкологическое заболевание»¹⁶.

Авторы подчеркивают важность проведения реабилитационных мероприятий на всех этапах оказания врачебной помощи: диагностики, лечения, ремиссии. Семьи детей-онкопациентов с момента диагностирования заболевания сталкиваются с полным спектром психологических проблем, что требует профессиональной психологической помощи. Они также отмечают, что выбор техник и методов реабилитации зависит от клиентских потребностей, этапа и характера переживания травмы, профессиональных предпочтений психолога. При этом эффективными зарекомендовали себя такие методы как: системная семейная терапия, гуманистический подход, арт-терапия, когнитивно-имагинативные техники и др..

Психологическая помощь различается на каждом этапе реабилитации. На первом этапе (стадия постановки диагноза) реабилитационные мероприятия заключаются в психологическом сопровождении семьи специалистом-психологом, которое заключается в контейнировании тревоги

¹⁶ Мирошкин Р.Б., Фисун Е.В., Филиппова Н.Е. Психологическая реабилитация семей с детьми, перенесшими онкологическое заболевание//Журнал Практической Психологии и Психоанализа, №3, 2010.

членов семьи, в эмоциональной поддержке, помощи в восстановлении контакта с реальностью.

Реабилитационные мероприятия на этапе госпитализации:

- психологической проработки чувств гнева и вины, как у родителей, так и у детей, с учетом специфики и структуры этих чувств у ребенка и взрослого;
- работы с депрессивными состояниями;
- работы с детско-родительскими отношениями, направленной на минимизацию эмоциональной изоляции, установление адекватной коммуникации, уменьшение родительской гиперопеки, передачу доступной самостоятельности детям;
- выявления ресурсных возможностей данной семьи, на которые могут опираться все её члены, затронутые состоянием переживания горя.

На стадии ремиссии с психологической точки зрения предполагается принятие факта перенесенной болезни, адаптация к изменившимся условиям жизни. На этом этапе особенно ярко прослеживается зависимость эмоционального состояния детей, их способность к адаптации в новых условиях от эмоционального состояния родителей и их стратегий поведения. Исходя из вышесказанного, на этапе ремиссии стоит несколько задач реабилитации:

- Восстановление физического здоровья ребенка;
- Устранение последствий психологической травмы, полученной ребенком;
- Способствование его возвращению в социум, к нормальной жизни;
- Создание условий для восстановления физического и психического здоровья у родителей;
- Устранение последствий психологической травмы, полученной родителями;
- Поиск ресурсов внутри семьи для повышения ее функциональности;
- Социальная адаптация семьи в целом.

Для решения указанных задач должны привлекаться врачи, психологи, социальные работники, педагоги.

Авторы делают вывод о том, что для эффективной психологической реабилитации после перенесенного онкологического заболевания у детей требуется:

- включение в реабилитационные мероприятия не только ребенка, но и всей семьи или, по крайней мере, его родителей;
- оказание психологической помощи на этапах постановки диагноза, лечения и ремиссии;
- гибкое сочетание различных техник, методов и форматов психологической работы;
- комплексность и системность психологической работы, включающей в себя как локальные программы на базе санаториев и лагерей, так и регулярные психокоррекционные мероприятия по месту жительства.

Психологическая реабилитация пациентов после инсульта.

Лечение и реабилитация инсульта является сложной общебиологической и психосоциальной проблемой, решение которой предполагает наличие биопсихосоциального подхода, отмечает Ермакова Н.Г. в своей статье¹⁷. При этом факторами, затрудняющими реабилитацию, наряду с соматическими заболеваниями и осложнениями являются, когнитивные нарушения, эмоциональные расстройства, патологические реакции личности на болезнь, что делает актуальным изучение психологического аспекта реабилитации; организацию обоснованной психологической помощи и создание программ психологической реабилитации.

Комплексность, поэтапность, непрерывность и индивидуализация лечебных воздействий являются главными условиями полноценной реабилитации и включают в себя биологические методы воздействия (лекарственную терапию, лечебную физкультуру, механотерапию,

¹⁷Ермакова Н.Г. Психологическая реабилитация больных с последствиями инсульта в условиях восстановительного лечения // Медицинская психология в России. – 2018. – Т. 10, № 2. – С. 9-19.

физиотерапию, эрготерапию) и психосоциальные методы воздействия (трудотерапию, терапию занятости, и психологическую помощь (Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г., 2004)¹⁸.

Этапы психологической реабилитации больных с последствиями инсульта (по Ермаковой Н.Г., 2018).

Первый этап психологической реабилитации (от 2 до 6 мес) Медицинская реабилитация на первом этапе направлена на восстановление нарушенных функций с применением биологических методов (лекарственная терапия, физиотерапия, лечебная физкультура, механотерапия). Психологическая реабилитация на первом этапе направлена на восстановление интегративного образа «Я». Последствия перенесенного инсульта сопровождаются двигательными и чувствительными расстройствами, когнитивными, сенсорными нарушениями. Нарушения суставно-мышечного чувства, тактильной, болевой, вестибулярной, перцептивной чувствительности приводят к искажению адекватной афферентации, самовосприятия и самоидентификации больного. Снижение активирующего влияния ретикулярной формации также вносит изменения в работу психических функций и препятствует в раннем восстановительном периоде формированию адекватного интегративного образа «Я». Наряду с этим происходит децентрация образа «Я», своеобразное изменение схемы тела с ориентацией на нарушенные его функции. На этапе ранней реабилитации затруднена психологическая адаптация больного к изменившемуся образу «Я», возникают трудности принятия нарушенных двигательных и когнитивных функций, принятия себя таким, какой есть, после заболевания. Нарушения самоидентификации сопровождаются самоотвержением, вербальной агрессией по поводу своего облика и состояния, депрессивными реакциями на болезнь, что затрудняет принятие ответственности больного за восстановление нарушенных функций,

¹⁸ Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г. Основы реабилитации неврологических больных. СПб.: Фолиант, 2004.- 304с.

готовности к сотрудничеству со специалистами-реабилитологами (методистом ЛФК, логопедом и др.) и к самопомощи.

Кроме того, осознание больными трудоемкости и длительности восстановительного периода сопровождается ипохондрическими реакциями на болезнь, снижением самооценки, что затрудняет включение больного в реабилитационный процесс. Нарушение когнитивных функций (памяти, внимания, речи) также в значительной степени снижает возможности самообслуживания больного, его самооценку и качество жизни, препятствует восстановлению независимости в повседневной жизни. Психологическая помощь на первом этапе направлена на коррекцию самооотношения, на помощь в принятии нарушенных двигательных и когнитивных функций, на выявление внутренних ресурсов, сохранных сторон организма и личности. Самопринятие происходило через принятие другими (психологом, группой), через принятие микросоциумом (родственниками, медперсоналом, соседями по палате).

Психологическим критерием адаптированности на первом этапе является достижение позитивного самооотношения; физическое и когнитивное самопринятие; формирование приверженности лечению и сотрудничеству с персоналом; освоение приемов самопомощи; наличие социальной поддержки (родственников, близких, социального работника), средний балл по шкале качества жизни, снижение показателей по шкале депрессии и тревожности HADS, снижение показателя тревоги по шкале Спилбергера - Ханина. Таким образом, первый этап психологической реабилитации направлен на коррекцию самооотношения личности и самопринятия - это этап интраперсональной коррекции. Первый этап психологической реабилитации самый трудоемкий. Одни больные проходят его за 3-4 месяца, а у других этот этап может затянуться на более длительный срок (год и более), в зависимости от тяжести последствий инсульта.

Второй этап психологической реабилитации (от 6 до 12 месяцев).

На этом этапе психологической реабилитации ведущей проблемой являются проблемы межличностных отношений в семье, в ближайшем окружении, на работе, связанные с утратой и изменением социальных ролей, с дефицитом социальной поддержки. Задача второго этапа психологической реабилитации - исследование и коррекция межличностных отношений. Программа психологической помощи направлена на осознание и коррекцию межличностных взаимоотношений, на осознание и принятие личностью новой социальной роли. В процессе общения с другими людьми происходит интериоризация социальных норм и отношений психотерапевтической среды, укрепляющей и утверждающей в правах самоотношение больного путем принятия его, что повышает самооценку больного.

Критерием адаптированности (психологическим) является принятие больным изменившегося социального статуса, готовность к межличностным коммуникациям, восстановление когнитивных функций (шкала MMSE), восстановление коммуникативной функции речи, низкий уровень депрессии и тревоги (методика Спилбергера-Ханина, HADS), наличие социальной поддержки (родственников, близких, социального работника). Таким образом, второй этап психологической реабилитации - этап интерперсональной коррекции личности.

Третий этап психологической реабилитации (больше 12 месяцев от начала заболевания).

На третьем этапе ведущей психологической проблемой у больных является проблема формирования новых жизненных ценностей и смысла жизни. Психологическим критерием адаптированности является формирование установок здорового образа жизни как осознанная профилактика рецидива (выполнение гипохолестериновой диеты, контроль АД, регулярный прием необходимых лекарственных средств, дозированность физической и нервно-психической нагрузки, уважение к своему организму и забота о здоровье, осознание первостепенной ценности здоровья, реализация нового смысла жизни). Это соответствует нормальным показателям по

шкалам MMSE, HADS, Спилбергера - Ханина. Программа психологической помощи на третьем этапе психологической реабилитации была направлена на стабилизацию системы отношений личности, формирование новой концепции жизни, овладение приемами совладания со стрессом. Третий этап решает задачи стабилизации образа «Я», формирования нового смысла жизни. 3 этап психологической реабилитации - этап стабилизации отношений и роста личности (экзистенциально-психологический).

Программы психологической помощи на каждом этапе психологической реабилитации направлены на коррекцию отношений личности (к самому себе, к болезни и к лечению, к социуму) и на адаптацию больных после инсульта к изменившимся условиям жизни. Другим направлением психологической помощи явилась система мероприятий по формированию психотерапевтической среды отделения (центра), которая состояла в работе с родственниками больных, с медперсоналом и с сообществом больных по специально разработанным программам.

При работе с родственниками использовалось информирование и семейное консультирование.

Информирование. Родственникам предоставлялась информация об особенностях когнитивных нарушений больного, эмоционального состояния, реакций личности на заболевание, о необходимой помощи больному со стороны родственников по восстановлению нарушенных двигательных и когнитивных функций в зависимости от выраженности клинических нарушений больного, локализации очага поражения.

Семейное консультирование. Проводилось консультирование родственников (и близких), принимающих непосредственное участие в восстановительном лечении больного, направленное на улучшение взаимодействия и сотрудничества с медицинским персоналом, и на формирование общей цели деятельности. Запрос на семейное консультирование мог поступать от больного или от его родственника.

Работа с медперсоналом. Весь медицинский и вспомогательный персонал клиники (врачи, медсестры, методисты ЛФК, массажисты, трудотерапевты и библиотерапевты и др.) является проводником норм психотерапевтической среды в процессе лечебного воздействия на больного, ориентированной на эмоциональную поддержку и формирование у больного позитивной лечебной перспективы. При работе с персоналом проводились лекции, семинары по основам медико-психологических знаний, тренинги.

Сообщество больных. В работе с сообществом больных выполнялась просветительская работа, направленная на формирование установок здорового образа жизни, оптимистической жизненной перспективы. Психотерапевтические нормы лечебной среды предполагают создание позитивной лечебной и жизненной перспективы у больных, повышение собственной ответственности больного за исход лечения.

Реабилитация личности после психологической травмы¹⁹.

В кандидатской диссертации Толкачевой О.Н., выполненной под нашим руководством была разработана модель социально-психологической фасилитации посттравматического роста личности после травмы позвоночника²⁰. Автором была разработана структурно-временная модель социально-психологической поддержки посттравматического роста личности²¹. Одним из направлений психологической реабилитации пациентов со спинальной травмой является социально-психологическая фасилитация посттравматического роста.

В таблице № 3 представлены задачи и механизмы фасилитации посттравматического роста личности.

Таблица 3.

¹⁹ Белых Т.В., Толкачева О.Н. Социализация и ресоциализация личности после психологической травмы [Текст]/Т.В. Белых, О.Н. Толкачева//Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия «Познание». 2017, выпуск 11-12, с. 45-56

²⁰ Толкачева О.Н. Социально-психологические факторы посттравматического роста личности. Диссертация. канд. психол.наук. Саратов, 2017. -252с.

²¹ Толкачева О.Н. Структурно-временная модель социально-психологической поддержки посттравматического роста личности [Текст]// Интерактивная наука. 2017, № 11 (21), с. 48-54.

Посттравматический период	Задачи фасилитации	Механизмы фасилитации
Острый адаптационный период, до полугода после травмы.	Стабилизация эмоционального состояния у пострадавших и их близкого окружения, информирование пострадавших и их родственников о типе травмы, возможных осложнениях, прогнозе восстановления и необходимых восстановительных процедурах.	Психодиагностика стресса и депрессии, кризисные интервенции, поддерживающая индивидуальная и семейная терапия, тренинг навыков ухода за больными в остром периоде травмы, содействие в эффективной коммуникации с медицинским и реабилитационным персоналом.
Адаптационный период, от полугода до 2 лет после травмы.	Оптимизация межличностной коммуникации между пострадавшими и их родственниками/ухаживающими лицами для установления границ личной ответственности, самораскрытия и эмпатического отклика на травматические переживания, принятие необходимости освоения происходящих изменений.	Психодиагностика особенностей межличностной коммуникации, групповые дискуссии с пострадавшими и их родственниками, групповые тренинги навыков самообслуживания для пострадавших с привлечением более опытных участников сообщества, организация групп поддержки.
Институциональный период, от 2 до 6 лет после травмы.	Обсуждение социально-психологических аспектов переживания опыта инвалидизации, освоение и индивидуализация новой статусно-ролевой системы.	Групповые формы работы с использованием техник экзистенциального, нарративного и логотерапевтического подходов, информационно-обучающие семинары о нормативно-правовых аспектах инвалидности.
Пост-	Формулирование и содействие в	Социально-

институциональный период, от 6 лет после травмы.	достижении индивидуального запроса на развитие личностных навыков и качеств.	психологические тренинги (коммуникативной компетентности, разрешения конфликтов и т.д.), участие в социально-значимых проектах в качестве исполнителей и экспертов.
--	--	---

Острый адаптационный период, первые полгода после травмы.

Задачи: Психолог осуществляет диагностику и выявление посттравматического стресса и депрессии у пострадавших и ухаживающих лиц, осуществляет кризисные интервенции непосредственно с парой пациент-ухаживающий. Основной акцент в интервенциях делается на выражение и вербализацию негативных переживаний, связанных с травмой – шок, гнев, беспомощность, страх смерти, опасения о будущем и т.д. Важной психологической задачей является достижение пациентом и ухаживающим понимания того, что тяжёлые негативные переживания являются естественной реакцией на травму и стресс, а не признаком слабости характера. Ещё одной важной психологической задачей является развитие способности к самораскрытию и обсуждению различных переживаний в паре пациент-ухаживающий. Пара должна быть способной раскрывать, обсуждать, выдерживать, понимать и принимать различные эмоциональные состояния друг друга.

Психолог способствует установлению эффективной коммуникации между медицинским персоналом и пациентом с целью получения последним возможно более полной и достоверной информации о типе его травмы, возможных осложнениях, прогнозе восстановления и необходимых восстановительных процедурах. Отдельная работа должна проводиться с пациентом и ухаживающим для обучения их основным навыкам грамотного ухода и самообслуживания после травмы. Необходимо разъяснение тех

изменений, которые происходят с телесностью вследствие травмы позвоночника. Пострадавший и его близкие должны понимать, что попытки продолжать реализовывать привычные повседневные практики могут стать причиной различных медицинских осложнений, что необходимы изменения в режиме питания, в двигательных стереотипах, в гигиене и т.д. Эти разъяснения должны носить объективированный и эмоционально нейтральный характер, как характеризующие ситуацию, а не личность пострадавшего, только в таком виде они смогут быть усвоены без травмирующего личность воздействия.

В данном периоде преждевременно информировать пациентов о перечне социальных услуг, возможностях получения образования или работы для людей с инвалидностью. Однако информация о полезных средствах медико-социальной реабилитации – ходунках, катетерах, кресел-колясок, памперсах, поручней и прочее – может быть уместной при условии, что акцент будет делаться на инструментальной пользе перечисленных средств «здесь и сейчас», без акцента на пользу этих средств как приспособлений к жизни с инвалидностью. Как уже неоднократно упоминалось, в остром периоде ещё нет понимания и принятия травмы как необратимого факта и настойчивые попытки «адаптировать» пациентов в раннем периоде травмы могут лишь усугубить их депрессивное состояние и спровоцировать эмоциональный уход от решения проблем и задач дальнейших посттравматических периодов.

Результат: Стабилизация эмоционального состояния и межличностной коммуникации у пострадавшего и ухаживающих лиц, предотвращение циркуляции и взаимной индукции чувств вины, раздражительности и гнева, достижение лучшего понимания своего эмоционального состояния и своих реакций на травму, развитие способности к обращению за эмоциональной поддержкой в ситуации стресса, а также развитие способности оказывать такую поддержку без риска эмоционального выгорания. Информированность пациента и ухаживающего о заболевании является первым основанием для обретения некоторого чувства контролируемости и предсказуемости

происходящего, что, в том числе, способствует снижению выраженности эмоционального стресса и мотивирует к выполнению необходимых для восстановительного процесса действий, вместо эмоционального хаоса появляется целенаправленная деятельность.

Адаптационный период, от полугода до 2-3 лет после травмы.

Задачи: Диагностика и выявление посттравматического стресса и депрессии у пострадавших и ухаживающих лиц по-прежнему остаются актуальными и в этом периоде, также как и работа с парой пациент-ухаживающий, однако акцент смещается не на стабилизацию эмоционального состояния, а на установление границ личной ответственности каждого из участников реабилитационного процесса. С помощью психолога пара должна достичь способности в совместном обсуждении устанавливать границы, адекватные для актуальных физических возможностей пострадавшего и стимулирующие его на дальнейшее развитие независимости. Для пострадавшего важно реалистично, без интенсивного чувства вины и стыда с одной стороны, но и без регрессивных ожиданий полного удовлетворения всех потребностей с другой стороны, осознавать границы и предел возможностей своих близких к поддержке без риска их эмоционального выгорания и истощения ресурсов. Такое же понимание в отношении своих возможностей должны достигнуть близкие пациентов. В свою очередь, для родственников пострадавших важно реалистично оценивать и принимать ограничения восстановительного потенциала пострадавших и необратимость некоторых последствий травмы.

В этом периоде травмированные пациенты постепенно приходят к мысли о жизни с последствиями травмы, чему способствует, в том числе, общение с другими пациентами в реабилитационном учреждении, однако полной психологической готовности к принятию этих мыслей пока нет. Напротив, чрезмерное давление со стороны более опытных пациентов, которые ориентируются на практическую пользу от реабилитационных процедур, может деморализовать «новичков», которые пока ещё

мотивированы в основном надеждой на выздоровление. Групповая психотерапия будет наиболее адекватным инструментом для работы с пациентами в разных периодах травмы, которые одновременно проходят реабилитацию. Групповой формат позволяет в совместной дискуссии поработать как страхи относительно жизни после травмы у «неофитов», так и разочарования и достижения индивидов с бóльшим стажем травмы.

Результаты: Освоение пациентами навыков самообслуживания и выполнения реабилитационных процедур, достижение пациентами и их близкими реалистичного понимания индивидуальных возможностей и ограничений после травмы, развитие у пострадавших навыков самостоятельного поиска необходимой информации и ресурсов, обращения за поддержкой и опытом к сообществу людей с инвалидностью.

Институциональный период, от 2-3 до 6-7 лет после травмы.

Задачи: В этом периоде пострадавшие вследствие травмы позвоночника проходят процесс медико-социальной экспертизы и установления бессрочной группы инвалидности (до этого инвалидность могла быть установлена на определённый срок). Задачей психологической поддержки является помощь в прохождении этого процесса: окончательном принятии необратимости физических и социальных изменений после травмы, утраты части физических возможностей и поиска новых возможностей и социальных сфер для самореализации. Адекватными этим задачам будут форматы психотерапии (экзистенциальная, нарративная, лого-терапия), ориентированные на осмысление и восстановление целостности личного опыта, реконструкция временной последовательности и непротиворечивости жизненного нарратива и идентичности.

Остаётся актуальным получение достоверной и исчерпывающей правовой информации, касающейся процедур прохождения медико-социальной экспертизы, установления инвалидности, назначения пособия, заполнения индивидуальной программы реабилитации, получения медико-технических средств реабилитации и т.д. Эффективным форматом работы

будет сочетание предоставления информации от экспертов и от членов сообщества, что может быть осуществлено в форме совместных дискуссий, семинаров и тренингов. Важно, чтобы предоставляемая информация была не только достоверной и исчерпывающей с правовой точки зрения, но и индивидуализированной, приближенной к практическим нуждам и реальным проблемам людей с инвалидностью. Такое сочетание может быть достигнуто только в процессе совместного обсуждения между официальными экспертами и членами сообщества инвалидов.

Результат: Достижение и принятие реалистичной оценки необратимых последствий травмы позвоночника, освоение социально-психологического пространства нового социального статуса и новой группы членства, определение своей ценностной и идеологической позиции в контексте своего статуса инвалида по отношению к другим людям, с инвалидностью и без, обучение новым повседневным практикам жизни с инвалидностью и индивидуализация этих практик под собственные нужды, открытие новых возможностей и сфер самореализации.

Пост-институциональный период, через 6-8 лет после травмы и более.

Задачи: В поздних периодах травмы у человека, так или иначе, сформировывается определённая структура социальных представлений о себе и окружающем мире, неотчуждаемой частью которых является посттравматический опыт. Эта система представлений и опосредуемые ими отношения могут по-разному восприниматься и оцениваться со стороны, но для субъекта эта система является валидной и достоверной, так как она сложилась в результате проживания его личного опыта с тем количеством ресурсов, которые были ему доступны в условиях его уникальной жизненной ситуации. Без соответствующего запроса попытки изменений субъективной картины мира, субъективной картины болезни, инвалидности и проч. со стороны психолога и любого другого специалиста, занимающего внешнюю экспертную позицию, будут восприниматься как враждебные,

патерналистские интеракции, вторгающиеся в субъективное и жизненное пространство личности. Поэтому для психолога важной задачей является информирование пациента о его возможностях как профессионала в сфере улучшения субъективного и психологического благополучия, а также выяснение того, имеется ли у пациента потребность в получении таких возможностей.

Находящиеся в реабилитационных учреждениях пациенты в поздних периодах травмы уже имеют сложившуюся систему повседневности, частью которой стала жизнь с последствиями травмы. Их основные задачи пребывания в реабилитационном стационаре – поддержание здоровья и обмен опытом посредством межличностного взаимодействия с другими членами сообщества. Многие из этих пациентов имеют как неудачи, так и достижения в своём опыте прохождения посттравматических периодов. Групповые формы психологической работы при участии психолога не как эксперта, а как модератора группового процесса, будут наиболее эффективными для обеспечения участников реабилитационного процесса обменом опытом, обсуждения проблем посттравматических периодов и способов их решений. Групповая психотерапия и группы поддержки позволят более опытным участникам почувствовать ценность своего опыта, которым они могут делиться с теми, кто находится на более ранних периодах травмы.

Результат: Поддержка позитивного самоотношения, чувства ценности посттравматического опыта и достоинства личности, восприятия этого опыта как развивающего, предложение увидеть возможности для дальнейшего развития и расширение представлений о жизни после травмы.

Таким образом, фасилитация посттравматического роста личности заключается в создании оптимальных условий для реализации социально-психологических задач посттравматических периодов и интеграции травматического опыта в целостный личностный опыт. Фасилитация посттравматического роста реализуется в процессе межличностного

взаимодействия субъектов реабилитационного процесса – пациентов и их родственников, медицинского персонала, психологов, членов сообщества и т.д.

Вопросы для самопроверки.

1. В чем состоит комплексная психологическая реабилитация онкобольных?
2. Перечислите основные этапы и задачи психологической реабилитации пациентов после инсульта.
3. В чем состоит цель реабилитации личности после психологической травмы?
4. Назовите задачи и механизмы фасилитации посттравматического роста личности на разных этапах психологической реабилитации.

Основная литература:

1. Булюбаш И.Д.. Руководство по психологической реабилитации пациентов с последствиями спинномозговой травмы. СПб.: Арт-Экспресс, 2016. – 384 с.
2. Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология — 2 изд. — М.: Медицина, 1984. — 272 с.
3. Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г. Основы реабилитации неврологических больных. СПб.: Фолиант, 2004. -304с.
4. Ван дер Харт О., Нейенхюс Э. Р.С., Стил К. Призраки прошлого: структурная диссоциация и терапия последствий хронической психической травмы. Пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2013. – 495 с.
5. Толкачева О.Н. Социально-психологические факторы посттравматического роста личности. Диссертация. канд. психол.наук. Саратов, 2017. -252с.

Дополнительная литература:

1. Василюк Ф. Е. Пережить горе. В кн. «О человеческом в человеке». – М., 1991, с. 230-247.
2. Климова С.В., Микаэлян Л.Л., Фарих Е.Н., Фисун Е.В. Основные направления психологической помощи семьям с детьми, страдающими

онкологическими заболеваниями, в условиях стационара. Журнал практической психологии и психоанализа, №1, 2009 г.

3. Цейтлин Г.Я. Модель городской/региональной системы комплексной реабилитации детей с онкологическими заболеваниями.//Материалы симпозиума «Актуальные проблемы реабилитации в детской онкологии». «Саров ЛТД» 2009, с. 34.
4. Русина Н.А. Эмоции и стресс при онкологических заболеваниях / Н. А. Русина //Мир психологии: Научно-методический журнал / Академия пед. и соц. наук. 2002. № 4 , – с. 152-160.