

РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО КРАСНОГО КРЕСТА
МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. М.В.Ломоносова
Факультет психологии

ПСИХОЛОГИ О МИГРАНТАХ И МИГРАЦИИ В РОССИИ

ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКИЙ
БЮЛЛЕТЕНЬ

№ 2

МОСКВА
2001

УДК 316.6(082)

ББК 88.5

П 863

Материалы Круглого стола и обучающего семинара Российского общества Красного Креста (РОКК) по теме «Принципы и методы социально-психологической реабилитационной работы с вынужденными мигрантами» (Москва, июнь 2000 г.)

Руководитель программы РОКК «Миграция населения» —
Первый заместитель председателя ЦК РОКК Б.В.Ионов
Координатор программы — М.В.Суслова

Главный редактор: Г.У.Солдатова
Редакционная группа: С.П.Елшанский, Л.А.Шайгерова

Психологи о мигрантах и миграции в России:
Информационно-аналитический бюллетень № 2.
М.: Смысл, 2001.

Издание осуществлено при финансовой поддержке
Международной Федерации обществ Красного Креста и
Красного Полумесяца в рамках программы
Российского общества Красного Креста
«Миграция населения»

ISBN 5-89357-094-4

© Российское общество Красного Креста, 2001.

© НПЦ «ГРАТИС», 2001.

При перепечатке любых материалов ссылка на Информационно-аналитический бюллетень «Психологи о мигрантах и миграции» обязательна.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

Г.У.Солдатова

Новая специализация — психолог-консультант по работе с вынужденными мигрантами

Подходы и модели психологической работы с вынужденными мигрантами

А.Г.Асмолов

Как встроить мигранта в общество:
кризис утраты смысла существования

Е.Т.Соколова

Модель психологической помощи вынужденным мигрантам в контексте проблематики насилия и расстройств самоидентичности

М.Ш.Магомед-Эминов

Психопатология смысла

З.Н.Тумалаева

Психосоматические аспекты депрессии
у вынужденных переселенцев

Л.А.Шайгерова

Кризис идентичности в ситуации
вынужденной миграции

Д.С.Старостин

Проблема мотивации к психотерапии у
вынужденных мигрантов

**Развитие сети психологической помощи
вынужденным мигрантам**

Г.У.Солдатова, М.В.Суслова, Л.А.Шайгерова

Психологическая помощь Красного Креста вынужденным мигрантам из Чечни: проблемы, подходы и результаты

Опыт работы психологов: репортажи с мест

Н.В.Щекотихина

Коррекция страхов у детей-мигрантов старшего дошкольного возраста

Е.В.Глебова

Краткосрочная позитивная психотерапия в работе с вынужденными мигрантами

Е.Н.Азлецкая, Е.Л.Менькова

Коррекция эмоциональных нарушений у вынужденных мигрантов

И.П.Вершкова, Е.В.Ширина

Коррекция эмоционально-познавательных, мотивационно-потребностных и поведенческих нарушений

И.С.Володина

Совместная «психолого-родительская» работа с детьми вынужденных мигрантов

И.И.Дроздова

Особенности ПТСР и проблемы адаптации у мигрантов разных национальностей

Е.Н.Новохатько

Нарушение доверительных отношений
как причина дезадаптации личности

Т.Д.Калистратова

Учет гендерной и этнической специфики клиентов
в консультационной работе с вынужденными
мигрантами из Чечни

Г.И.Пелагеина

Информационные листы в работе приемной РОКК

Введение

Г.У.Солдатова

НОВАЯ СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ - ПСИХОЛОГ-КОНСУЛЬТАНТ ПО РАБОТЕ С ВЫНУЖДЕННЫМИ МИГРАНТАМИ

Вниманию читателей предлагается второй номер бюллетеня, посвященного результатам деятельности сети психологических консультаций Российского общества Красного Креста. РОКК — старейшая благотворительная организация России — первая в стране осознала значимость психологической поддержки вынужденных мигрантов, как наиболее уязвимой и страдающей части населения. Руководство РОКК посчитало своевременным и необходимым включить в свои гуманитарные программы в качестве одного из приоритетных направлений психологическую поддержку мигрантов с целью облегчения их страданий, предупреждения заболеваний и защиты человеческого достоинства.

Началом развития сети психологических консультаций РОКК явилось открытие в ноябре 1998 г. Российским обществом Красного Креста первого в Москве Центра социально-психологической реабилитации беженцев и лиц, ищущих убежища, из дальнего зарубежья. В 1999 г. психологические службы РОКК уже действовали в 12 регионах Российской Федерации. В региональных приемных РОКК в Воронежской, Кировской, Омской, Оренбургской, Орловской, Ростовской и Тамбовской областях, а также в Краснодарском крае (г. Сочи) психологи стали оказывать поддержку внутренним вынужденным мигрантам и вынужденным мигрантам из ближнего зарубежья: Таджикистана, Казахстана, Узбекистана, Прибалтики, Украины, Молдавии. На Кавказе и Юге России — в Астраханской, Волгоградской, Саратовской и Ростовской областях, Ставропольском и Краснодарском краях психологи РОКК развернули работу с перемещенными лицами из Чечни, число которых в данных регионах резко увеличилось после августа 1999 г.

В 2000 г. появились психологи в региональных приемных РОКК Новосибирска, Курска, Белгорода, Калининграда, Пскова и Великого Новгорода. Перемещенным лицам из Чечни с мая 2000 г. психологическую поддержку стали

оказывать в Калмыкии. В этом же году открылись еще два психологических кабинета РОКК для работы с вынужденными мигрантами в Москве. Кроме систематического консультирования психологи РОКК работают в летних оздоровительных лагерях Красного Креста для детей вынужденных мигрантов в Ивановской, Псковской, Вологодской и Орловской областях, а также в Санкт-Петербурге.

Свыше 40 психологов-практиков уже активно действуют и специализируются в области психологической поддержки особой категории людей, состояние которых характеризуется посттравматическими стрессовыми расстройствами различной степени тяжести. Эти люди испытывают большие трудности в социокультурной адаптации на новом месте, страдают серьезными личностными расстройствами в результате резкого изменения привычного окружения и социального статуса. Для практической психологии в России это — новая профессиональная специализация, не имеющая аналогов.

Сеть психологических консультаций входит составной частью в комплексную и широкомасштабную работу, которую проводит РОКК с Международной Федерацией обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, оказывая разно-

стороннюю поддержку вынужденным мигрантам в России. Организация, развитие и успешность психологических служб РОКК — в огромной степени результат участия высоко профессиональных работников РОКК. Особое внимание деятельности психологов уделяет первый заместитель председателя ЦК РОКК, руководитель программы РОКК «Миграция населения» Б.В.Ионов. Координатор программы «Миграция населения» М.В.Суслова вложила в психологическую часть проекта не только несколько лет своей деятельности в РОКК, но и частичку души. Благодаря ее ежедневным усилиям, а также слаженным действиям сотрудников программы Т.В.Маркиной, О.О.Артамоновой, Н.С.Асташевой и М.Л.Шаповаловой удалось за короткий срок не только наладить работу психологической сети, но и доказать ее необходимость и эффективность.

Подписанное в 1999 г. между РОКК и факультетом психологии МГУ им. Ломоносова соглашение о сотрудничестве по оказанию психологической помощи вынужденным мигрантам послужило стимулом к развитию активного взаимодействия работников Красного Креста и преподавателей кафедры психологии личности факультета психологии МГУ (зав. кафедрой —

профессор А.Г.Асмолов), а также одного из практических подразделений кафедры Научно-практического Центра психологической помощи «Гратис» (рук. Г.У.Солдатова). В результате совместных усилий психологов и сотрудников РОКК в течение 1999-2000 гг. были подготовлены и проведены три обучающих семинара и два круглых стола по итогам работы сети психологических консультаций РОКК.

Основная цель семинаров — представить в лекционной форме и в форме практических занятий систематизированные знания из разных областей психологии, полезные для практической работы с вынужденными мигрантами, и таким образом способствовать специализации участников семинара — профессиональных психологов — как психологов-консультантов по оказанию психологической поддержки вынужденным мигрантам и другим категориям лиц, страдающих посттравматическими стрессовыми расстройствами и испытывающих серьезные проблемы социокультурной адаптации. Помимо знакомства с различными психотерапевтическими подходами и методами, возможностями их применения и адаптации в психологической работе с вынужденными мигрантами, семинары активизируют непосредственный обмен опытом, так необходи-

мый психологам-практикам, обсуждение результатов эмпирических исследований и новых практических разработок.

Лекторами, ведущими психодиагностических сессий и практических занятий выступили известные психологи, преподаватели МГУ — специалисты в области психологии личности, клинической психологии, психосоматики, психологии посттравматических стрессовых расстройств, этнопсихологии (доктор психологических наук А.Г.Асмолов, кандидат психологических наук С.Н.Ениколопов, доктор психологических наук Е.Т.Соколова, кандидат психологических наук М.Ш.Магомед-Эминов, кандидат психологических наук Г.У.Солдатова), специалисты по медицине катастроф (доктор медицинских наук М.А.Ларцев), а также сотрудники Центра психологической помощи «Гратис» и Центра социально-психологической реабилитации беженцев и лиц, ищущих убежища, из дальнего зарубежья, занимающиеся эмпирическими исследованиями и практической работой с вынужденными мигрантами в течение последних десяти лет (Л.А.Шайгерова, П.А.Черкасов, О.Д.Шарова, А.Б.Вершок, Д.С.Старостин, З.Н.Тумалаева).

В течение четырех обучающих семинаров участникам были предложены лекции на следующие темы: «Вынужденные мигранты: психологические последствия кризисных ситуаций», «Этнопсихологические проблемы адаптации вынужденных мигрантов», «Теории аккультурации, психологической адаптации и культурного шока», «Психологические механизмы регуляции стрессовых состояний», «Проблемы и принципы психологического консультирования мигрантов», «Мотивационная сфера мигранта», «Посттравматические стрессовые расстройства и вынужденная миграция», «Посттравматические стрессовые расстройства и трансформации личности», «Психологическая работа с детьми вынужденных мигрантов», «Проблемы межличностных отношений в процессе адаптации детей-беженцев», «Закономерности психической адаптации человека к существованию в экстремальных условиях», «Терапия отдаленных последствий насилия и пограничных личностных расстройств». Были проведены практические занятия по диагностике психологического состояния мигрантов, уровня посттравматического стресса, оценке личностных расстройств, представлены фрагменты групповых тренингов по психорегу-

ляции, снятию стрессовых состояний, межкультурной сензитивности, толерантности.

На семинарах рассматривался и обсуждался еще один важный вопрос, который так или иначе затрагивался в каждом из выступлений участников Круглого стола и в лекциях гостей семинара. Это выработка основных принципов социально-психологической реабилитационной работы психологов Красного Креста с вынужденными мигрантами, основанная на специфике данной категории лиц. Все участники семинара безоговорочно приняли за основу своей практической деятельности высоко гуманистические принципы Международного Движения Красного Креста и Красного Полумесяца: гуманности, беспристрастности, нейтральности, независимости, добровольности, единства и универсальности.

Предыдущий коллективный опыт практической работы и обсуждение в процессе Круглого стола позволили нам сформулировать рабочие принципы деятельности психолога-консультанта Красного Креста, оказывающего психологическую поддержку вынужденным мигрантам. Эти принципы подчеркивают специфику нашей работы и поэтому выступают важным дополнением к основным принципам и методам психологической помощи, подробно описанным в статье

Е.Т.Соколовой, представленной в данном бюллетене. Среди них следующие:

1. Комплексность реабилитационно-коррекционных мероприятий и программ.

Данный принцип отражает необходимость: (а) сочетания в практической работе с вынужденными мигрантами различных взаимодополняющих психотерапевтических и психоконсультационных подходов, методов и форм работы (индивидуальная и групповая работа, семейное консультирование); (б) учета трех основных блоков проблем, связанных с травматизацией, социальной депривацией и невротизацией вынужденных мигрантов; (в) взаимосвязи психодиагностической работы и психокоррекционных программ.

2. Этнокультурный подход.

Безусловная значимость этнокультурного подхода в работе с вынужденными мигрантами доказана теориями аккультурации, культурного шока, кризиса социальной идентичности, практикой этнотерапии и психологии культурных меньшинств. Соблюдение этого принципа требует от консультанта знания и учета этнокультурных особенностей вынужденных мигрантов, степени «культурной совместимости» с новой средой, беспристрастности не только личностной, но и этнокультурной, что определяет необходи-

мость для консультанта обладания таким качеством как этнокультурная толерантность.

3. Психологическая помощь как часть комплексной поддержки вынужденных мигрантов.

Соблюдение этого принципа определяется спецификой деятельности в структуре Красного Креста и других общественных организаций и требует построения психологической работы как составной части региональной приемной или медицинского центра во взаимодействии с социальными работниками, врачами, юристами.

4. Личность в социальном контексте.

Данный принцип предполагает работу с клиентом на основе: (а) учета личностных особенностей; (б) травматического опыта, изменения социального статуса клиента; (в) особенностей актуальной жизненной ситуации, а также его планов на будущее.

5. Позитивная поддержка и реабилитация личности.

Осуществление этого принципа возможно посредством: (а) активизации внутренних ресурсов личности; (б) работы по повышению самооценки и уверенности в себе; (в) обучения эффективным способам психологической самопо-

мощи; (г) формирования активной жизненной позиции и преодоления тенденций иждивенчества и инфантилизма; (д) активизации конструктивного взаимодействия и взаимоподдержки в среде перемещенных лиц.

Работа психолога-консультанта, психотерапевта с людьми, пострадавшими в военных и этнических конфликтах, с беженцами и вынужденными мигрантами должна быть нацелена на восстановление целостности и интегрированности личности. Достичь этого мы можем через преодоление последствий кризиса идентичности, изменений в мотивационно-потребностной сфере, осознание и снятие негативных проекций, формирование установок толерантного сознания, преодоление культурных барьеров и последствий культурного шока в сочетании с психотерапией посттравматических стрессовых расстройств.

Четвертый обучающий семинар и Круглый стол психологической сети Красного Креста на тему: «Принципы и методы социально-психологической реабилитационной работы с вынужденными мигрантами» состоялся в Москве в июне 2000 г. Руководство РОКК проявило большой интерес к семинару. В выступлении Председателя РОКК, Вице-Президента Международной Федерации обществ Красного Креста и

Красного Полумесяца Л.Г.Потравновой подчеркивалась значимость в рамках программ РОКК развития психологических служб как важной составной части гуманистической деятельности Красного Креста по оказанию поддержки наиболее уязвимым слоям общества.

В данном бюллетене представлены статьи, подготовленные на основе лекций, прочитанных на семинаре, и краткие материалы Круглого стола. Бюллетень можно рассматривать как один из итогов деятельности психологической сети РОКК за два с лишним года.

Подходы и модели психологической работы с вынужденными мигрантами

А.Г.Асмолов

КАК ВСТРОИТЬ МИГРАНТА В ОБЩЕСТВО: КРИЗИС УТРАТЫ СМЫСЛА СУЩЕСТВОВАНИЯ

Первый вопрос, который встает, когда вы пускаетесь в тяжелейший путь как психологи, работающие с людьми, несущими вам свои беды, свое горе, свою психологическую и, я подчеркиваю, *культурную* и *социальную* неустроенность, — это вопрос: «А мы каковы? Насколько мы выдержим? Насколько мы обладаем психологическим сопроматом для того, чтобы работать в постоянно конфликтных ситуациях?» Этот вопрос — на самом деле один из критических, и поэтому создавая сейчас по всей России службы практической психологии, и в том числе психологии проблемно-конфликтных ситуаций, мы должны

четко представлять, — и в этом убеждает меня все время собственная судьба, — куда идти психологу, когда у него самого возникают конфликты? Смысл человеческий, гуманистический, и смысл организации, которую я считаю моей родиной, а именно Московского университета, в том, чтобы каждый раз, когда у вас возникают те или иные проблемы, МГУ (а может, и другие центры, живущие разной и академической, и практической жизнью) стал бы тем центром, куда можно было бы обратиться психологу. Это первый и, я бы сказал, ценностный момент нашего обсуждения.

От него я перехожу к вопросам, касающимся проблем службы психологической реабилитации вынужденных мигрантов. Я скорее стараюсь поставить проблемы, чем ответить на них. Я попытаюсь выполнить формулу гениального психолога, создателя психотехники Гуго Мюнстерберга. Он говорил: «Дорогие мои, лучше постараться ответить на грубо поставленный правильный вопрос, чем пытаться с точностью до двадцать пятого знака после запятой отвечать на неверно поставленные вопросы». Именно поэтому вопросы методологии при разработке практических служб психологии, и той службы, которую делаете вы, невероятно важны. В чем состоит про-

блемная ситуация вашей работы, особенно, если вы работаете в организации под названием Красный Крест? Для Красного Креста исторически, всегда были характерны *модели медицинской помощи*, это первое. Красный Крест по своим ценностным ориентациям всю жизнь был организацией, в течение многих десятилетий сосредоточенной прежде всего на медицинской помощи. Лишь потом в истории Красного Креста стало появляться понятие гуманитарной помощи. Но я хочу, чтобы вы поняли, — существуют разные системы координат оказания помощи. Установки Красного Креста сформированы в медицине. И это одна из важных ориентаций, без которой мы не можем работать. Из медицины к нам пришла концепция помощи в стрессовых ситуациях. У ее истоков стоят два великих человека — мастера гомеостатической теории эмоциональных состояний. Одного из них зовут Уолтер Кэннон. Его работы начала века, связанные с анализом эмоционального поведения, роли гипоталамуса в этом поведении — уникальные работы. В те же годы возникла еще одна фигура, которую некоторые исследователи ставят близко по значимости с фигурой Альберта Эйнштейна. Я имею в виду великого канадского психофизиолога Ганса Селье. Именно Ганс Селье подарил

миру понятие «стресс» и менее известное понятие «Генерализованный адаптационный синдром» (ГАС). Стресс — англоязычный термин, но он стал (так же как в Англии говорят «спутник», «перестройка» и «водка» на русском языке) тем интернациональным словом, которое вошло во все языки. От Селье и Кэннона идеологически идет попытка создания служб скорой психофизиологической помощи, реабилитационной помощи в экстремальных ситуациях. А теперь я приведу вам пример по аналогии. И хотя это сложно, я очень хочу, чтобы вы постарались понять или почувствовать то, что я говорю. В исследовании одного из моих учителей, на факультете психологии в сорок пятом году, которое было посвящено восстановлению движений после ранения, после травмы, — участвовала группа ученых: А.Н.Леонтьев, А.Р.Лурия, А.В.Запорожец и П.Я.Гальперин. Они изучали, насколько человек после ранения владеет рукой, и на какую высоту он может поднять травмированную руку, — понятен эксперимент? И когда больному говорили: «Как высоко, — запомните этот вопрос, — ты можешь поднять руку?», он поднимал ее до определенного уровня. «Дальше можешь поднять?» — «Не могу. Нет возможности». А после хитрые психологи ставили совер-

шенно, казалось бы, семантически близкий, а на самом деле бесконечно далекий вопрос. «Вот, простите, у меня очень сложная ситуация, — говорил врач больному, — вон там, высоко на шкафу лежит очень важная для меня вещь. Вы не могли бы для меня ее достать?» Больной, который до этого поднимал руку на один уровень высоты, теперь, при постановке иной *смысловой задачи*, как сказал бы гениальный Николай Александрович Бернштейн, создатель теории целенаправленной активности, поднимал руку и доставал вещь с той высоты, которая при прежней задаче была для него недоступна. Если вы помните фильм про Павку Корчагина, там ему говорят: «Откройте глаза», — он не может поднять веки. И тогда ему говорят: «Входит любимая девушка, посмотрите на нее». Раз! — глаза открываются. Я не случайно привожу эти примеры. Я привожу их, чтобы вы четко поняли, что есть разные системы координат. И когда с людьми, которые приходят к нам за помощью, мы работаем в схеме медицинской реабилитации — это значит, мы работаем в соматических, телесных, т.е. психофизиологических координатах. И это одни возможности, они необходимы, они нужны. Но есть другая система координат. Поэтому наряду с моделью медицинской психофи-

зиологической реабилитации, медицинской психофизиологической помощи возникают иные модели. Какие это модели? Это устоявшаяся в культуре *психоаналитическая модель помощи*. Я же сегодня, четко понимая, как важны и медицинская и психоаналитическая модели, хочу обратить ваше внимание еще на одну модель, которую я называю *культурно-исторической смысловой моделью помощи*.

Что это за модель и каковы ее истоки? Мы считаем, что, по сути дела, за многочисленными проблемами, в которых оказываются мигранты, стоит проблема, описанная в работах ряда исследователей как потеря смысла жизни. Мы считаем, что за этим стоит не столько стресс, хотя стресс, безусловно, присутствует, в том числе и посттравматический, сколько *смысловой кризис личности*. И смысловой кризис не только личности, а смысловой кризис этнической группы, смысловой кризис культуры. И поэтому мы хотели бы обратить внимание, что при вашей дальнейшей работе именно этот кризис и связанные с ним феномены имеют огромное значение. Кто разрабатывал эти проблемы? Кто из психологов? Я хочу обратить внимание, что к этим проблемам подошли независимо друг от друга несколько мастеров нашей науки. Назову их имена:

Л.С.Выготский, А.Р.Лурия и А.Н.Леонтьев, предложившие и создавшие основы для концепции, которую мы называем *концепцией смысловой реабилитации, или смыслового восстановительного воспитания личности*. Это и блистательный психолог Виктор Франкл, который создал в Вене свою школу, бросившую вызов Фрейду. В.Франкл создал систему логотерапии, терапии поиска смысла. Именно В.Франклу, как вам всем хорошо известно, принадлежит книга «Человек в поисках смысла». Сегодня вся Россия оказалась в поисках смысла. Это типовая ситуация для России. И когда читают название книги В.Франкла, то порой забывают ее подзаголовок: «От лагеря смерти к экзистенциализму». Когда люди оказываются в ситуации потери смысла? Этот вопрос о смысловой динамике, смысловом вакууме вынужденного мигранта для нас становится и помощью — где найти для него ценностный костыль. Понятно, о чем я говорю? То оружие, которое поможет восстановить жизнь мигранта — это не что-либо отдельное, а система, цель которой — вновь встроить его в культуру.

Еще один исследователь сыграл важную роль при создании модели смысловой помощи — гуманистический психоаналитик и психоисторик Эрик Эриксон. Ему принадлежит описание фе-

номена деперсонализации, потери «Я», феномена потери смысла при резких изменениях социальных ситуаций. Какова основная проблема, которая встает за работами Вygотского, Леонтьева, Эриксона и Франкла? Это проблема культурного шока. Сегодня мигранты оказались не столько и не только в ситуации шока от тех или иных конкретных травмирующих событий. Они оказались в ситуации, которая в мире называется «culture shock». Именно понимание этого крайне важно для постановки проблемы. Приведу вам некоторые примеры, чтобы вы почувствовали, что это за ситуация, не только в отношении вынужденных мигрантов. Я задаю вам вопрос: в семнадцатый и двадцатый годы — у кого была самая большая волна самоубийств и депрессий? Читайте работу Александра Бруллока «Интеллигенция и революция». В это время по всей России происходит процесс, четко названный Алексеем Николаевичем Толстым «хождение по мукам». Люди вырываются из насиженной культурной ниши. Люди лишаются смысловых ценностных ориентиров. Люди утрачивают понимание, куда идти и ради чего жить. И начинается конфликт Роциных и Телегиных, начинаются конфликты, когда личность оказалась вырвана, как гриб из грибницы, из системы своих социальных связей,

корни обрубаются, личность становится феноменом «перекати-поле». Она оказывается вне ситуации. И в этих-то условиях — колоссальная задача — как встроить эту личность в иную культурную нишу, как помочь ей обрести, найти новую идентичность. Второй пример. Я не случайно привожу примеры, — чтобы вы почувствовали, подбирались к нашим ситуациям. Двадцать четвертый год в России, в Советском Союзе, времена нэпа — новой экономической политики. Вы помните роман Михаила Шолохова «Поднятая целина». И помните как Нагульнов до этого, на войне, знал куда идти, в кого стрелять, четко были заданы алгоритмы деятельности, мир был понятен, цели ясны, мотивы четки. Но изменилась ситуация, и он думает: «Покончить жизнь самоубийством или нет?». Что стоит за этой ситуацией?

Дорогие мои коллеги, отправной точкой анализа при работе с мигрантами должен быть анализ изменения социальной ситуации развития. Или социальной позиции внутри личности. Если мы эту социальную ситуацию, социальную позицию и связанные с ней проблемы attitude change, проблемы смены установок не изучаем, мы оказываемся несостоятельны в помощи этим людям. Я приведу вам еще один пример, в котором Эрик

Эриксон описывает, как в сорок шестом году американские летчики вернулись в свои родные места после войны с японцами, и начались массовые самоубийства американских летчиков. Эриксон и в этой ситуации говорит о потере «Я», феномене потери идентичности, деперсонализации. Почему? На войне существовал четкий распорядок действий, и они знали, как и ради чего действовать. Потеря смысла наступает тогда, когда летчики оказались вырванными из жизни. Следующая ситуация — я медленно приближаюсь к нашему времени, — это ситуация Афганистана. Я имею в виду — войны, развязанной между Афганистаном и Советским Союзом. Что оказалось? Оказалось следующее: они воевали там, они все время, как и американцы, воевавшие во Вьетнаме, были в ситуации, понятной для действия, и для них был ясен смысл. А потом все изменилось. И стали звучать голоса о том, что это было бессмысленно. И я делаю на этом акцент. Опять потеря смысла. Я приближаюсь к еще одной ситуации, которая всех нас крайне тревожит. Это война в Чечне. И когда сегодня мы пытаемся понять мигрантов из Чечни, вынужденных мигрантов; и когда мы пытаемся понять тот стресс и ту драму, которую испытывают солдаты, брошенные в Чечню — надо четко

осознавать, что без анализа социальной ситуации развития мы, как психологи, сами оказываемся в вакууме. Я имею в виду следующее: депортация чеченского народа, в свое время предпринятая Сталиным, депортация, когда вся ответственность за поступки отдельных личностей распространяется на целую этническую группу, была чудовищным преступлением в культуре. И сегодня мы, психологи, работая с мигрантами из Чечни, должны четко понимать, что мы имеем дело с тяжелой смысловой травмой, нанесенной целому народу. И разрешить эту проблему конкретными военными или просто хозяйственно-экономическими действиями — невозможно. Здесь — целый клубок вопросов социально-психологического характера. И опять мы имеем дело с ситуацией культурного шока. Еще одна ситуация. О ней я говорю с дрожью и говорю с особым страхом. К кому приезжают сегодня мигранты, перемещающиеся из разных регионов? Советский Союз оказался в ситуации Атлантиды, идущей на историческое дно, когда те цели, которым он следовал, были отброшены; произошел распад целой империи, и в результате потеряли смысл существования поколения двадцатых-тридцатых годов. По сути дела, для людей времен Советского Союза возникла ситуация, кото-

рую я называю идеологическим шоком. Людям двадцатых-тридцатых годов были ясны ориентиры, ясна была, как я бы сказал, психотерапевтическая модель культуры. Было ясно, что там, впереди, коммунизм, иначе говоря — рай на земле. Были ясны цели, ради которых действовать или ради которых жить. Что же произошло? Целые поколения людей оказались вырванными из привычной жизни. Что происходит, когда приезжает мигрант? Один шок накладывается на другой. Его встречают в тех регионах, где главным синдромом современной ситуации России стала неопределенность и неуверенность в будущей жизни. А ситуация неопределенности, по всем законам — это порождение смыслового невроза. Иными словами, мы сегодня работаем в тех ситуациях, когда страна погружена в океан неопределенности, и психолог становится той трагичной фигурой, на которую валятся многочисленные проблемы.

Отсюда: каковы основные принципы психологической работы? Первый принцип — принцип анализа смены социальной позиции, и стоящей за ней перестройки мотивационной сферы личности. Второй принцип — это принцип включения в ту или иную значимую деятельность. Пока вы не дадите человеку ту деятель-

ность, которая наполнит его смыслом, ничего не получится. Третий принцип — принцип демонстрации последствий поступка личности для референтной для него группы. Иначе ничего не получится. В чем наша беда? Когда мы имеем дело со смысловым кризисом, то еще Фрейд в работе «О диком психоанализе» показал, что можно сколько угодно говорить: «надо пойти туда», «ты не прав», «все будет в порядке», — это не действует. Почему побеждал Фрейд? Почему побеждал Франкл? Почему побеждает любовью великий психолог — психоаналитик — психотерапевт? Потому что в ремесле психолога не только передача вербальной информации, а всегда социокультурное действие. Работа Фрейда — это театр гениального актера. И работа Франкла — это театр великого актера. И именно через эту работу, как деятельность, наполненную мотивом, можно изменить позицию личности.

К числу программ, реализующих модель культурно-психологической помощи, относится новая федеральная программа «Формирование установок толерантного сознания». Эта программа нацелена на решения вопросов, как жить с непохожими на тебя людьми, как жить с людьми, которые отличаются от тебя политической ориентацией, конфессиональной, религиозной

ориентацией, этнической ориентацией, по этническим признакам. Мы должны научиться жить с людьми, которые на нас не похожи. И не хвататься за пистолет или камень, когда приходит человек с другими проблемами и мыслит по-иному, чем мыслим мы с вами. Сегодня программа толерантности — это формирование программы готовности к компромиссам в конфликтных ситуациях. С раннего возраста мы должны учить ребенка способности к компромиссам с людьми, которые ведут себя по-другому, чтобы у него, как сказал бы Даниил Борисович Эльконин, возникала децентрация, чтобы он мог вставать на позицию другого человека, мог видеть мир другого человека, мог со-страдать и со-радоваться. Программа толерантности только зарождается, и я не знаю, не захлестнут ли ее волны, поднятые теми, кто считает, что нечего тратить на культурную психологию, культурно-историческую психологию, свою жизнь. Наши коллеги из Красного Креста принадлежат к одной из самых толерантных организаций на Земле. Если бы был *«орден толерантности»*, этот орден нужно было бы вручить существующей многие годы организации, такой, как Красный Крест. Потому что Красный Крест, как и ЮНЕСКО, по исходным формулам своей деятельности работает с людьми

независимо от того, богаты они или бедны, узбеки они или аборигены Австралии, евреи они или арабы — это люди, нуждающиеся в помощи. Сегодня Красный Крест работает в русле не только медицинской модели помощи, но и психологической.

Я подытоживаю. Есть медицинская модель помощи, связанная с работами Селье, и в этой модели, если говорить на языке Ивана Петровича Павлова, есть подкрепление, есть наказание, как у любых бихевиористских моделей. Она близка бихевиорально-поведенческой модели. Но, как в свое время заметил Курт Левин, пусть Павлов говорит на языке подкрепления и наказания, а я буду говорить на языке успехов и неудач. По сути дела, мы должны четко понимать, что есть иные экологические и социальные системы действия. Это — *психоаналитическая модель помощи*. Она крайне важна. Это — *гуманистическая модель помощи*, модель гуманистической психологии, я имею в виду работы Карла Роджерса, Абрахама Маслоу, Гордона Олпорта и других. Но я всегда говорю, что *гуманистические модели помощи — это модели ностальгии о гуманистической культуре*. Там, где есть реальная психологическая помощь, реальное действие, там важны Т-группы. И, наконец, — это *культурно-*

историческая, смысловая модель помощи. Все выделенные модели взаимодополняемы. Важно понять, кто к вам пришел, и что ему сегодня надо. Могут прийти люди, для которых смысловые нарушения и конфликты — самое важное. Могут прийти люди, для которых психоаналитическая помощь окажется в данной ситуации наиболее адекватной. Могут прийти люди, для которых наиболее эффективно участие в Т-группе. Но каждый раз надо понимать, что практический психолог в зависимости от конкретного случая должен находить адекватные методы воздействия.

Е. Т. Соколова

**МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ ВЫНУЖДЕННЫМ
МИГРАНТАМ В КОНТЕКСТЕ
ПРОБЛЕМАТИКИ НАСИЛИЯ И
РАССТРОЙСТВ
САМОИДЕНТИЧНОСТИ***

В замысел статьи входит проведение аналогии между феноменами вынужденной миграции и эмоциональным опытом насилия, предлагается клинико-психологическая модель понимания психологических механизмов личностной дезадаптации вынужденных мигрантов в качестве «жертв насилия» или «жертв тотальной депривации». В структуре дезадаптационных расстройств выделяется связный и целостный синдром: нарушения самоидентичности и взаимоотношений со значимыми другими социального окружения (феномен ностальгии), примитивные защитные механизмы типа проективной идентификации, расщепления и отреагирования; копинг-

* Исследование поддержано грантом РФФИ № 00-06-80047, 2000 г.

говые стратегии в форме ауто- и гетероагрессии; категориальные и перцептивные искажения «картины мира» и «места» собственного Я среди Других в нем. Теоретической основой практики «терапии со значимым Другим» служит интеграция методов «экспириентального» (основанного на расширении чувственного опыта проживания и активного самоисследования) направления гуманистической психотерапии с анализом устойчивых защитно-компенсаторных паттернов самоотношения и отношений со значимыми другими, включая и опыт актуальных терапевтических отношений, как это понимается в современной психодинамической психотерапии и теории «объектных отношений» (Соколова, 1994, 1995).

Согласно западной и отечественной клинико-психиатрической традиции (МКБ-10), расстройства личности определяются как длительно существующие, глубокие и стойкие расстройства характера, дезадаптивные модели поведения, затрагивающие различные сферы психической деятельности (Каплан, Сэддок, 1994). Близкое по смыслу понятие «пограничной личностной организации» (Кернберг, 2000; Мак-Вильямс, 1998) связывается с современной психоаналитической теорией «объектных отношений» (или, как можно было бы толковать этот термин по-русски,

теорией эмоциональных связей со значимым Другим). В рамках указанного направления решающее значение уделяется роли дефицита прочных, поддерживающих любящих отношений мать-дитя в течение первых трех лет жизни ребенка, дефицита отношений привязанности. В результате такого дефицита формируется специфически искаженная структура самоидентичности (диффузная самоидентичность), саморегуляции (примитивные защиты) и отношений со значимыми другими (размытость границ Я—Другой), впоследствии предрасполагающая к широкому кругу аффективных и тревожно-фобических расстройств, аддикций, ауто- и гетероагрессии. Согласно точке зрения некоторых из современных американских исследователей психиатрического направления, указанные расстройства рассматриваются в качестве коморбидных, сопутствующих главному, а именно, пограничному расстройству личности. Эта позиция разделяется нами и последовательно развивалась и в экспериментально-диагностических исследованиях, и в области психотерапии (Соколова, 1989, 1995).

В настоящее время накоплен значительный банк клинико-эпидемиологических, психодиагностических данных, описания индивидуальных

психотерапевтических случаев, свидетельствующих о распространенности опыта физического, сексуального и иных форм насилия (в число которых мы включаем также и эмоциональную депривацию в раннем детстве, и практикование жестоко-агрессивного стиля внутрисемейных отношений) у пациентов с более или менее тяжелыми расстройствами личности, так что его патогенная роль в качестве предиктора широкого круга психических отклонений и делинквентного поведения в целом не вызывает сомнений. Менее изучены собственно психологические механизмы, посредством которых сформировавшаяся в условиях хронического насилия пограничная личностная организация начинает в свою очередь выступать в качестве своеобразного «притягивателя» насилия, формирующего последующий жизненный путь личности как пожизненно виктимный (Соколова, 1994, 1995, 2000). Иными словами, человек, переживший многократный и разнообразный опыт насилия, по всей видимости, как развивает способности и психологические механизмы совладания с насилием как особым видом стресса, так и становится более уязвимым к нему, вновь и вновь воспроизводя «виктимные» отношения в многочисленных жизненных коллизиях. Следы травматического опыта

обнаруживают себя в навязчивых эмоционально-чувственных образах и когнитивных схемах (репрезентациях) себя и Другого с позиций то «жертвы», то «наильника», проявляются в интенсивных неуправляемых аффектах (немотивированных страхах, ночных кошмарах, чувстве беспомощности, рассеянных болях во всем теле и прочее): вырабатываются и становятся ригидными «избегающие» стратегии социального взаимодействия, «отрицающие» и диссоциативные интрапсихические защитные механизмы. В данном описании с достаточной очевидностью проглядывает близость феноменологии переживаний и патологической симптоматики жертв насилия с посттравматическими расстройствами: в силу порой хронически-устойчивого характера психических нарушений у части пострадавших кажется более адекватным их понимание именно в терминах структурно-динамических расстройств личности, а не ПТСР-расстройств и даже не частных диагностико-нозологических категорий.

Ставшая традиционной со времен «позднего Фрейда» известная недооценка роли актуальных психотравм в качестве этиологических факторов в развитии достаточно тяжелых психических расстройств, к каким относятся пограничные

расстройства личности, объясняется тем, что, как известно, происхождение последних связывают обычно не с актуальными жизненными травматическими событиями, а с массивными эмоциональными травмами в раннем детском возрасте. Кстати, именно по данному критерию ясно видны различия в понимании пограничных расстройств в отечественной психиатрии и современной западной, где со времен Фрейда принято отличать т. н. «актуалневрозы» от психоневрозов или неврозов характера. Последние, как следует из определения, представляют собой серьезные структурно-динамические и необратимо стойкие нарушения на всех уровнях Я и во всех областях психического устройства и функционирования, что описывается в терминах диффузии (размытости) самоидентичности, преобладании среди механизмов саморегуляции так называемых примитивных и малоэффективных механизмов психологической защиты и «размытость границ» в интрапсихических репрезентациях «Я—Другой» (Кернберг, 2000).

В целом разделяя эту точку зрения, я хотела бы сформулировать проблему следующим образом: какую роль в превращении транзиторных посттравматических расстройств в хронические структурные нарушения Я играет индивидуаль-

ная личностная организация травматика? Не является ли она пограничной *уже, до вынужденной миграции*, не становится ли вынужденная миграция «последней каплей» в чаше опыта, переполненного и до нее разнообразным опытом насилия в том или ином его виде? А если так, то не выполняет ли пограничная личностная организация роль патогенной «почвы»? Не являются ли *хронические* ПТСР-расстройства следствием известного патогенного механизма регресса к более простому и архаичному, в определенном смысле слова, инфантильному, уровню способа переработки травматического опыта? В продолжение к сказанному: не можем ли мы извлечь нечто продуктивное, воспользовавшись сопоставлением травматического опыта переживаний вынужденного мигранта с состоянием маленького ребенка, длительное время вынужденного жить в мире сенсорной, эмоциональной и когнитивной депривации, т.е. в мире, *лишенном всех привычных связей и ориентиров*? Признаемся сразу, что не претендуем здесь на абсолютную оригинальность, поскольку предлагаем некую интеграцию накопленных нами клинико-психологических исследований в области личностных расстройств и опыта психотерапевтической работы, феноменологического описания

синдрома ностальгии (*Ясперс*, 1996), синдрома диффузной самоидентичности (*Эриксон*, 1996), сегодня прочно ставшего узловым в клинике личностных расстройств благодаря работам О.Кернберга и др. В данном контексте представляется уместным также опереться на модели описания комплекса «анаклитической депрессии» (депрессии «потери объекта») и синдрома нарушения отношений привязанности у маленьких детей по причине ранней материнской депривации, на наш взгляд, позволившие углубить идеи Фрейда о роли вытесненной агрессии и непереработанного горя утраты в возникновении тяжелой «меланхолии» у взрослых. В дальнейшем, как мы знаем, сторонники теории «объектных отношений» положили эти идеи в основу понимания происхождения психологических механизмов расстройств личности как системного и уровневого нарушения отношений любви и привязанности к «объекту». Особенно они выделили нарушения на стадии «сепарации-индивидуации» — невозможность *одновременного* сохранения поддерживающих отношений с «объектом», движения к автономии и индивидуации (*Кернберг*, 2000). Используя метод реконструкции прошлого через интерпретацию его следов и меток в настоящем («метод психоана-

литической герменевтики» в толковании результатов проективных методов или текстов-транскриптов терапевтического процесса), на наш взгляд, действительно удастся показать связь между недифференцированными массивно деструктивными и неадаптивными «ответами» взрослого человека на любые неблагоприятные события актуальной жизни с травматичными эмоциональными нарушениями в детском возрасте. А через эту связь — реконструировать генез и построить причинно-следственные связи между аномалиями личностной организации и развивающимися (как их следствие) расстройствами личности.

Сказанное выше имеет самое непосредственное отношение к предмету обсуждения — предлагаемой здесь личностно-центрированной *концепции вынужденной миграции как феномену насилия против Я*, воскрешающего в интрапсихическом мире человека весь целостный опыт ранее перенесенных психотравм подобного рода, насилия, угрожающего сохранению его личной самоидентичности.

Что касается методологии исследования, то метод феноменологического описания и понимания («эмпатии», «встраивания во внутренний диалог») переживаний человека представляется

нам предпочтительнее так называемых «объективных» диагностических процедур. Именно поэтому мы обычно прибегаем к проективным методам. Этими же соображениями диктуется обращение к стратегиям психологической помощи, ориентирующимся не на снятие или смягчение болезненной симптоматики, а на изменение целостных установок и отношений человека к миру, другим людям, самому себе. Безусловно, мы отдаем себе отчет в тех ограничениях, которые налагает феноменологический метод в рамках сциентистских исследований, ставящих задачу раскрытия психологических механизмов и общих закономерностей развития психической патологии. Вместе с тем он представляет неизмеримые возможности для понимания переживаний отдельного человека, причинно-следственных связей и личностных смыслов, которые он сам «конструирует», протраивает на основе собственных переживаний и представлений о мире, опираясь на «субъективную» биографию, прошлый опыт и жизненные цели. Это, на наш взгляд, составляет базовое условие терапевтических отношений, самой возможности оказания психологической помощи одним человеком другому, а не технологической манипуляции с ним.

В этой связи попробуем для начала, в качестве первого шага, реконструировать переживания «вынужденного мигранта» как жертвы насилия против Я. Заметим что вынужденная миграция уже предполагает *насильственность* и *лишение*, причем, как мы покажем ниже, не только в перемене места жительства. Попробуем позволить себе представить внутренний мир вынужденного мигранта с позиции «маленького ребенка», уже имевшего травматический опыт внезапного и не по своей воле лишения эмоциональных связей, вырванного из привычного мира сенсорных ощущений и представлений, лишенного «карты» и «языка» мира, который был ему знаком и уже хотя бы частично освоен, и попавшего в совершенно незнакомый и неопределенный мир, «место» в котором ему никто не гарантировал, куда его не звали, а куда он явился «незванным». Не будем забывать, что на уровне индивидуального сознания подобным переживаниям обычно «нет места», так как «взрослому» необходимо заниматься более неотложными практическими делами (искать кров, работу и т.п.). Переживания, как правило, отщепляются от сознания, иногда не считаются «приличествующими», как мы это наблюдали, работая с мужчинами — жертвами землетрясения 1986 года в Ереване и

Спитаке. Неслучайна по этой причине и гораздо большая доля психосоматической симптоматики, когда язык телесности берет на себя функцию основного носителя и знака-стигмы психотравмирующих переживаний. Мы описывали также аналогичный случай применительно к отдаленным последствиям сексуального насилия у женщины с хроническим невынашиванием при беременности (Соколова, 1994). Об этих особенностях сохранения и бессознательной трансформации психотравмирующего опыта, когда «нет слов», чтобы его пережить и выразить вербально, стоит помнить психологу, имеющему дело и с вынужденными переселенцами. Психосоматизация психотравмы может стать для них «архаическим» защитным механизмом, наряду с отреагированием и расщеплением, позволяющим изолировать сознание от полноценного, но непереносимого переживания психотравмы. Тогда пространством конфликтных переживаний становятся «внутренности» и, как следствие, — соматические заболевания внутренних органов или «внешних» кожных покровов, как известно, наиболее тонко отражающих опыт межличностных эмоциональных прикосновений, соприкосновений, поранений, вторжений и т.д. Аналогичным методом понимания межличност-

ной природы симптомообразования мы пользовались при толковании символического смысла искажений телесного образа Я при пищевых нарушениях (Соколова, 1989, 1994, 1995), при анализе нарушения самоидентичности у женщин, занимающихся проституцией и зараженных венерическими заболеваниями, как «дважды изнасилованных» (Соколова, 2000).

Перефразируя известное изречение З.Фрейда, можно было бы так сказать об ипохондрическом и психосоматическом типах мигранта, ни на что не жалующегося, кроме как на здоровье: он знает, что у него *болит*, но он не знает, *что на самом деле* у него болит, потому что душевная боль спряталась в телесной. Он обращается к врачу или психотерапевту, потому что *испытывает невыносимую нужду в Другом*, только в ком же и что он хочет сказать? Психотерапевт на время берет на себя функции Другого с тем, чтобы «принять на себя» все, что на самом деле адресовано не ему, но без него пациент не излечится от «немоты». С определенной точки зрения, все терапевтические действия терапевта имеют своей целью инициацию, понимание с «внутренней» позиции, разворачивание внутреннего диалога как текста, обращенного одновременно к «репрезентации здесь-и-теперь-

терапевта» и «к репрезентации материнского объекта в там-и-тогда» (Соколова, Бурлакова, 1997; Соколова, Чечельницкая, 1998).

Наряду с психосоматизацией, ауто- и гетеро-агрессия представляют еще один, пусть и деструктивный, но субъективно оправданный способ защиты от невыносимо тягостного состояния, защиты по типу импульсивной разрядки, отреагирования в делинквентном поведении тоски и ностальгии по «утраченному дому». В этой связи хочу сослаться на недавно вышедшее эссе Г.Чхартишвили (2000), где он среди многих причин самоубийства среди писателей специально останавливается на суициде у эмигрантов, подчеркивая, что наряду с тоской и беспомощностью, нуждой, утратами и болезнями, самыми непереносимо тяжелыми переживаниями становятся для них переживания *ненужности*. Добавлю, что незванными и ненужными чувствуют себя сегодня не только особенно уязвимые к подобным переживаниям писатели, оказавшиеся в чуждой им языковой культуре; последствия вхождения в совершенно новый или чуждый широкий социо-культурный контекст, который социальные психологи описывают в терминах «культурного шока» (Стефаненко, 1999) в той или иной мере испытывают на себе все эмигранты, все

«перемещенные» лица. Безусловно также, что добровольный отрыв от родины в отличие от вынужденной эмиграции может и не восприниматься столь трагически. Напротив, думаю, что современные вынужденные мигранты из Украины, Молдавии, Кавказа, Средней Азии независимо от своих индивидуальных особенностей и достоинств, как правило, составляют массу «ненужных» людей, лишенных порой и элементарных социальных прав, представляющих для общества обузу, встречаемых с предубеждением и недоброжелательностью (вспомним хотя бы пресловутый эвфемизм — «лицо кавказской национальности»; не нужно иметь много воображения, чтобы далее живописать себе всю гамму ответных чувств, испытываемых этим «лицом» в наш адрес). Защитный механизм проекции собственных враждебных чувств действует с обеих сторон: «мы» склонны приписывать «им» корысть, ответственность за теракты, заказные убийства и криминальные разборки; «они», вполне возможно, преувеличивают тотальность и всеобщность «нашей» враждебности, не различая доброжелательного или сочувственного к себе отношения. Мы же предполагаем, что для человека, несущего в себе опыт многократных насилий, с индивидуальными чертами, близкими к пограничной

личностной организации, особенные трудности будут сопряжены с повышенной уязвимостью его самоуважения и самооценки, страхом «потери лица»; с точностью определения локуса агрессии (из-за смещения границ Я—Другой в связи с влиянием защитного механизма проективной идентификации), ее тонкой и социально приемлемой регуляцией. В конфликтных ситуациях такой человек гораздо в большей степени будет тяготеть к «решительным» немедленным действиям ауто- или гетероагрессивного характера (по типу защитного отреагирования в действии).

«Потребность в родине или (поскольку это встречается и при перемене места жительства) *в прежних условиях* (курсив мой. — Е.С.), — пишет Ясперс, — вызывает неудовлетворенность настоящим. Человек становится унылым, подавленным, безучастным, равнодушным. Нежелание работать скоро усиливается до неспособности. Угрюмому... отвратительны чужие обычаи, он выносит шутки, насмешки и малейшие неприятности лишь с крайним неудовольствием» (1996, с. 24). Таким образом, повышенная агрессивность вынужденных мигрантов в разных своих проявлениях — на переполненных и вместе с тем безучастных к судьбе отдельного человека-мигранта улицах, на базарах, в очередях, стоя-

щих на прием к гостинице, — явление в определенном смысле как персональное, так и межличностное, поскольку здесь мы имеем дело со своего рода патологией Я—Другой, т.е. патологией, с одной стороны, порожденной непригодной для нормальной жизни индивида *экологией*, непривычным и чуждым *пространством жизни*, на фоне депривации привычного и стабильного окружения, необходимого для поддержания *стабильной самоидентичности*. С другой стороны, эта специфическая «патология» развивается как дезорганизация всего многообразия *взаимо-отношений* и связей человека с его социальным окружением, когда искаженные представления и действия взаимовлияют друг на друга и обуславливают взаимные изменения.

Здесь, как нам представляется, мы ближе всего подходим к основной мысли данной статьи. Вынужденная миграция *многokrатно* подрыывает основы самоидентичности — во-первых, через механизм насильственного перемещения, резко изменяя «экологию Я», пространство взаимодействия и со-жительства с Другим, разрушая сложившиеся сенсорные, эмоциональные, когнитивные схемы и паттерны, позволяющие нормально и эффективно ориентироваться в пространстве и времени жизни, саморегулировать

пространственно-временные границы и рамки своей жизни, эффективно определять и защищать «свое», не путая с «чужим», определять оптимальную «дистанцию» отношений, а следовательно, отделять формальные отношения от фамильярно-интимных, тонко дифференцировать нюансы эмоций — своих и чужих. Во-вторых, она лишает Я сложившихся устойчивых отношений со значимыми другими, независимо от знака этих отношений, лишая адекватной и понятной обратной связи, необходимой не только для эмоциональной подпитки и поддержки, особенно «потребной» для зависимого Я, но и обратной связи в качестве важнейшего средства проверки реальности, самой возможности подтверждения или коррекции Я со стороны значимых других. Наконец, в-третьих, при условии высокой зависимости и уязвимости к депривации и «дефицитарности» в отсутствии отклика в других, самоидентичность рискует потеряться в вакууме: возникает сомнение в своей (и разделяемой Другими) знакомой определенности, прогнозируемости и подконтрольности своих и чужих поступков и действий. В связи с этим вызывает интерес замечание Ясперса об особой уязвимости к ностальгической депрессии детей и взрослых «с симптомами индивидуального недостат-

ка», «симптомами слабости и детского ума»; он называет ностальгию «реакцией души на беспомощность слабого и лишенного своей привычной опоры ума» (Ясперс, 1996, с. 29). Это замечание Ясперса на языке современной психологии может означать связь острой ностальгии с личностной незрелостью и дефицитарностью Я. Кроме того, чем менее дифференцирована когнитивная сфера личности, чем менее ее когнитивная оснащенность и, следовательно, ниже способность саморегуляции аффективных состояний, тем Я обладает менее зрелыми способами и средствами освоения новых пространств и действительностей, а также приспособительными стратегиями к новизне и неопределенности. Таким образом, мы можем выделить *когнитивный фактор* дестабилизации самоидентичности и говорить об индивидуальных и возрастных различиях в переживании ностальгии при вынужденной миграции. Индивидуальные когнитивные особенности в виде зависимости-автономии (от «поля» интерферирующих аффективных состояний), а также степени когнитивной дифференцированности и оснащенности познавательными конструктами очевидно облегчают или, напротив, затрудняют освоение новых когнитивных пространств, формирование новых

познавательных карт, что перекликается с имеющимися у нас эмпирическими данными о роли когнитивного стиля в обеспечении стабильности Я и когнитивной недифференцированности в качестве одного из механизмов его дестабилизации. Можно полагать, что при вынужденном перемещении из «своего» этноса в «чужой» возникают различия и несовпадения форм категоризации мира, своего рода «смысловые лакуны» при переводе с одного языка на другой, с одного сознания на другое (*Петренко, 1997*). Эта мысль находит частичное подтверждение в кросскультурном исследовании нашей киприотской аспирантки, показавшей, что такие различия обнаруживаются и при неосознаваемой самокатегоризации и самоидентификации, в частности, своей половой принадлежности и гендерной ориентации между русскими и киприотами (*Лэонтиу, 1999*).

Перечисленные факторы сегодня начинают интенсивно изучаться в области этнопсихологии и психологии межэтнических конфликтов, что проясняет некоторые из социально-психологических закономерностей функционирования целостной самоидентичности (*Солдатова, 1998; Стефаненко, 1999*).

Степень, в которой самоидентичность может характеризоваться такими качествами как целостность, дифференцированность, зависит от сформированности и «константности» «внутреннего объекта», если воспользоваться языком психоаналитических исследований (т.е. относительной независимости от удовлетворяющих или фрустрирующих отношений с ним и сопровождающего аффекта). И это второй фактор, от которого зависит влияние вынужденной миграции на состояние самоидентичности. Здесь мы должны будем обратить внимание на такие качества самоидентичности, как степень ее «сепарации-индивидуации», т.е. относительной независимости от отношения социального окружения и переносимости фрустрации потребности в эмоциональной принадлежности к социальной общности, что возможно только на основе сформировавшейся автономии и интериоризованного позитивного самоуважения (наличия константного «внутреннего объекта»). Как известно из современных исследований, опыт длительной эмоциональной депривации, пережитый ребенком первого года жизни, отрицательно сказывается в дальнейшем на способности взрослого как вступать в отношения любви и привязанности и поддерживать их, так и переносить одиночество, не

испытывая последствий так называемой анаклитической депрессии. Так называл это состояние безутешного горя, безнадежности и отчужденности Я от всего мира Боулби. Применительно к детской и юношеской ностальгии Ясперс так описывает подобные состояния: «При обилии всего нового и совершенном отрыве от старого он теперь совсем беспомощен, лишен какой-либо опоры, все самосознание, которое имело опору в связи с окружением, утрачено им. Новое не вызывает в юном существе никаких чувств, все ему безразлично. Им овладевает чувство, как будто он все потерял. Его охватывает безутешная печаль, которую он считает непреодолимой» (Ясперс, 1996, с. 103).

Наряду с суицидом, переживания подобного рода нередко ведут к агрессии, направленной на других. Фрейд видел в печали и меланхолии отголоски агрессии в адрес потерянного объекта любви, однако в целях преодоления амбивалентности, оставаясь неосознанной, агрессия легко «перемещается» со своего истинного объекта на «чужой», порождая внешне немотивированную жестокость, ауто- и гетероагрессивные действия или их смешение. Так, мы все с детства помним горькие истории, поведанные нам А.П.Чеховым: и трагическую историю Ваньки Жукова, и жут-

кую историю маленькой няньки, задушившей бесконечно плачущего младенца, плач которого она (сама еще совсем дитя, отданная по бедности в няньки в чужой дом) не может больше слышать, потому что непереносимо устала и «хочет спать» (из рассказа «Спать хочется»). К.Ясперс и Э.Эриксон также приводят многочисленные иллюстрации немотивированной жестокости и преступлений, совершенных, по их мнению, на почве ностальгии.

Последнее следует особо учитывать при организации психологической помощи, в первую очередь при первичном контакте: имея в виду высокую готовность установки на проекцию враждебности и самозащиту, быть внимательным к собственным реальным чувствам и возможным предубеждениям; всячески способствовать укреплению доверия в терапевтических отношениях, их безопасности, безусловной прочности.

Среди основных принципов и методов психологической помощи, на которые необходимо опираться и психологам, работающим с вынужденными мигрантами, мы выделяем следующие.

1. Заключение психотерапевтического контракта в качестве терапевтического метода стабилизации внутреннего опыта, органи-

зации жизненного пространства и снижения тревожности. Несмотря на довольно большую вариативность в профессиональных установках психотерапевтов, можно сформулировать несколько универсальных рекомендаций, правил и требований к организации контакта не столько для их всеобщего автоматического выполнения, сколько для обдумывания и профессионального самоопределения.

1) Для меня, как для психотерапевта, работающего с пограничными пациентами и жертвами насилия, представляется первой психотерапевтической альтернативой и эффективным терапевтическим методом установление и поддержание регулярности и постоянства времени и места психотерапевтических сессий. *Организация и стабильность, таким образом, уже сами по себе становятся психотерапевтической конфронтацией с неопределенной, непредсказуемой и неустойчивой реальностью представлений пациента о мире и своем Я.* Хаосу внутреннего мира пациента психотерапевт противопоставляет ясно и надежно организованные отношения, ответственность за развитие и сохранение которых, с одной стороны, поделена между обоими участниками, а с другой — прочно удерживается терапевтом. *Благодаря этим совместно-*

разделенным действиям психотерапевта и пациента уменьшается исходная сверхтревожность пациента, возрастает его уверенность в себе, ответственность и чувство самоконтроля, создаются необходимые условия для безопасных эмоциональных отношений.

2) Начальный психотерапевтический контракт в противовес тревожной прилипчивой зависимости («рабочий альянс») — обсуждаемые совместно регулярность, продолжительность, оплата (если терапия оказывается на финансовой основе) и место встреч — призван также облегчить пациенту самостоятельное разрешение конфликта между противоположными мотивационными тенденциями. С одной стороны, само обращение к психотерапевту указывает на начавшую уже формироваться мотивацию «изменения чего-либо», но столь же сильно и в противоположном направлении действует защитная тенденция сохранения статуса кво. В этом смысле принятие на себя ответственности в виде разного рода «плат» — своим временем, изменением привычного распорядка, а иногда и образа жизни, необходимостью душевной работы вместо пассивного следования рекомендациям психотерапевта — все это почти незаметно для пациента вовлекает его в активный процесс изменения

привычных *«избегающих»* неадаптивных стратегий поведения и организации собственной жизни.

2. Позиция принятия пациента в качестве метода восстановления разрушенных эмоциональных связей. Термин «принятие пациента», широко используемый в клиент-центрированной терапии К.Роджерса, не имеет точного и общепринятого определения и потому нуждается в истолковании. Означает ли он то же, что и «безусловное безоценочное отношение», тождествен ли по смыслу «эмпатическому пониманию»? Для нас его смысл проясняется благодаря нескольким контекстам-метафорам. Первый задается аналогией между терапией и родовспоможением. Терапевт (он же «акушер») помогает развиваться родовому процессу в определенном, хорошо известном роженице направлении, но как бы искусен он ни был, родить вместо роженицы он не в состоянии; они это делают «раздельно-вместе». Так и психотерапевт сопровождает пациента в трудном и мучительном процессе душевной работы; он вместе с пациентом, рядом, «в доступности». В начале их совместной работы, пока тревога и страх столь велики, что способны разрушить процесс и разорвать психотерапевтический контракт, когда иссякают му-

жество и силы, пациент твердо знает, что может соприкоснуться с поддержкой терапевта. И он знает также, что есть та часть работы, и та часть страданий, и та часть успехов и достижений, через которые он проходит сам; то, что рождается в нем самом — рождается благодаря его собственным усилиям.

Далеко не сразу и очень постепенно пациент начинает замечать и ценить любые, даже самые незначительные изменения, радоваться не столько результатам, сколько процессу изменений. Он все меньше и меньше ищет поддержки и опоры в терапевте и все больше находит их в самом себе. Как мудрый родитель, терапевт разделяет с пациентом радость рождения «независимой привязанности» там, где раньше было только «прилипание» испуганного ребенка.

3. Создание и поддержание пространственно-временных терапевтических «рамочек» как метод восстановления целостности границ Я.

1) Для человека с эмоциональным опытом насилия очень важно быть уверенным, что терапевт никогда не выступит в роли насильника. В этой связи очень важно для терапевта уметь определять и контролировать «место», занимаемое каждым в терапевтическом пространстве и вре-

мени. Так, дистанция и взаимное расположение не могут быть слишком близкими на начальных этапах контакта, в противном случае терапевт или пациент рискуют «обрушиться» своей эмоциональностью друг на друга, нарушив границы личного пространства пациента, изначально излишне доступного для физических и психологических вторжений Другого.

2) Позиция «друг против друга», так же как и «глаза в глаза» на стадии первичного контакта способны спровоцировать либо конфронтацию и импульсивное дистанцирование, либо слишком быстрое сближение-слияние, столь характерное для зависимого пациента, в то время, когда «быть накоротке» еще не уместно по самой динамике терапевтических отношений и уровню имеющегося у пациента доверия.

3) Точно такого же внимания и осознания требует способ обращения друг к другу — по имени — имени-отчеству, на «ты» — на «вы». В отличие от английского языка, не различающего «вы» и «ты», русский язык и русскоязычное «ухо» к этим различиям чувствительны. Общеизвестен смысл перехода с «вы» на «ты» и обратно. Здесь терапевт предоставляет пациенту психотерапевтическую альтернативу его автоматическим «виктимным» установкам и действиям:

привычному паттерну магического мгновенного сближения, интимизации и эротизации пациента — очень постепенную и взаимно осознаваемую работу по знакомству, и только затем, шаг за шагом — созданию доверительных и устойчивых эмоциональных связей.

4) Структуризация времени представляет собой еще один метод психологической помощи пациенту с опытом пережитого насилия. Так, психотерапевтические отношения реализуются через задание определенных временных границ терапевтической сессии. В самом общем виде можно сказать, что время сессии принадлежит пациенту, он вправе расходовать его по своему усмотрению — например, молчать, вести ничего не значащую болтовню, рассуждая на общие темы, не касаясь волнующих его чувств, или, напротив, честно и открыто идти навстречу новому (но и тревожному) опыту переживаний. Стоит помнить, что ни в чем так не нуждается переживший насилие, как в безусловной уверенности в том, что другой человек «не позволит себе ничего лишнего», и у терапевта есть только один-единственный способ терпеливо бороться с подобными страхами пациента — действительно и честно соблюдать терапевтические «границы». Кстати сказать, подобное требование входит в

профессиональный кодекс психотерапевта, нарушение которого во всех сформированных терапевтических сообществах чревато отлучением от практической деятельности.

4. Молчание терапевта как уважение прав пациента. Значительная часть психотерапевтической работы совершается *благодаря* молчанию. Тщательный анализ психотерапевтических сессий свидетельствует о том, что чем больше говорит терапевт, тем меньше — пациент. «Говорливый» терапевт воспринимается пациентом как чрезмерно авторитетный, авторитарный, иногда агрессивный, «затыкающий рот». В терапевтическом «временном пространстве» он как бы захватывает и узурпирует то, что принадлежит пациенту — и, в этом смысле, эксплуатирует пациента. Конечно, терапевт может осознанно использовать подобный стиль отношения как метод конфронтации с пассивной и жертвенной установкой пациента, как способ активизации его открытых контр-фрустрационных действий в борьбе с «насилием терапевта». Однако подобная тактика, эффективная на «продвинутых» этапах терапии, абсолютно неуместна на ее начальных этапах, когда контакт еще не стал достаточно доверительным и прочным, что называется, не прошел испытание временем. Здесь, да-

вая «право голоса» пациенту (в том числе и его молчанию), терапевт ясно проявляет к нему свое внимание, заинтересованность и подлинное уважение.

5. Взаимное молчание как метод углубления эмоциональной связи и работы с горем. В обычной жизни общепринятая вежливость требует словесного выражения сочувствия страдающему человеку. Но именно поэтому слова теряют часто свежесть, адресность, превращаясь в безличный ритуал поверхностного общения. Терапевт же своим молчанием углубляет контакт, дает понять, что и без слов глубоко разделяет с пациентом чувство невыразимости горя в словах. Более того, тем самым терапевт легализует горе, подтверждая его реальность, помогая не избегать по привычке горя, а именно переживать, «работать с горем».

Он поддерживает пациента также в мучительных усилиях полно пережить страдание, в противовес легковесному «проговариванию» его. Он также дает понять, что пациент имеет достаточно времени, чтобы «побыть со своим горем», не избегая тягостных переживаний, как это он обычно делал, но работая с ними. Итогом совместного молчания становится обретение пациентом нового и волнующего чувства общности,

того, что иногда называют чувством «Мы». В полном скрытого волнения молчании пациент наконец-то начинает вылезать из привычной тюрьмы одиночества. Терапевт здесь выполняет функции своего рода «донора», своей поддержкой и сочувствием допытывающего эмоционально голодное Я пациента.

6. «Молчание» терапевта как метод фрустрации и конфронтации со сверхзависимостью и виктимностью пациента.

1) Движущей силой терапевтического процесса является динамика поддержки и фрустрации со стороны терапевта. При этом терапевт никогда не конфронтирует с пациентом как личностью, но только с определенными аспектами его Я. Кроме того, *терапевт дает ясно понять, что все его и пациента усилия направлены на конфронтацию, под которой понимается не осуждение чего-либо, а настаивание на необходимости наконец стать лицом к лицу с проблемой вместо привычного избегания ее.*

2) Если в начале терапии определенный сдвиг в сторону поддержки необходим для заключения психотерапевтического контракта, создания эмоциональной связи между пациентом и терапевтом, то по мере упрочения контакта становится возможной работа со сверхзависимо-

стью, пассивностью и виктимностью пациента. От терапевта она требует изрядного мужества и выдержки. Зависимый пациент никогда не удовлетворяется тем, что «получает»; его неосознанным желанием становится полное обладание терапевтом, своего рода символический возврат в младенческое состояние безответственности и эмоционального симбиоза, иногда вплоть до тяги к телесной близости. На стадии терапевтического трансфера это стремление может манифестировать такими феноменами, как возрастание беспомощности, настоятельные требования советов и рекомендаций от терапевта, приписывание ему харизматических качеств, возвращение симптомов или появление новых, сильная эротизация контакта. Применяемые здесь в качестве психотерапевтической альтернативы фрустрирующие «отказ» и молчание терапевта способны вызвать острые вспышки гнева, ярости, плача, обвинение в жестокости или некомпетентности, вплоть до угроз суицидом.

3) На языке теории «объектных отношений», одной из современных школ психоанализа, динамика описанных феноменов объясняется совместным действием двух примитивных механизмов психологической защиты — расщепления и проективной идентификации. Исходя из

развиваемой нами концепции, на этом этапе терапии полностью разворачивается и, благодаря установившейся безопасной привязанности, начинает осознаваться весь репертуар защитно-манипулятивных стратегий общения и паттернов образа Я. Пациент пытается «овладеть» терапевтом, удерживать его в своей власти ради восполнения собственной не-самодостаточности. *«Принимаемая» все чувства пациента*, приветствуя их появление как проявление признаков жизни (против их умерщвления пациентом в депрессивном состоянии) и, в этом смысле, позволяя сделать себя мишенью этих чувств, терапевт должен очень аккуратно и бережно затем обращаться с ними, суметь сохранить их как важные и неотъемлемые аспекты самоидентичности пациента, только чуть-чуть смягчив их проявление. *Чего никогда терапевт не допускает, так это перевода чувств на уровень импульсивного поведения, непосредственно обращенного на терапевта или значимого другого вне терапевтического кабинета.* На эти действия накладывается запрет, о чем терапевт недвусмысленно говорит пациенту, предостерегая его с самого начала от принятия решительных действий в реальной жизни и отказываясь сам *буквально* служить средством удовлетворения его потребностей.

4) Этот этап терапии представляется одним из самых трудных как для пациента, так и для терапевта. В ответ на «отказ» терапевта претворить в реальность, *в действиях* удовлетворить «ожившие» в терапии потребности в инфантильной близости, по существу являющиеся конфронтацией с болезненными установками пациента, последний демонстрирует все признаки «анаклитической депрессии», обнаруженной Боулби у младенцев при материнской депривации, а в терапии манифестируемой в ответ на ожидаемую угрозу потери. На этой стадии процесса терапевт должен реализовать несколько терапевтических тактик. Необходимо содействовать как можно более открытому и развернутому (включая телесную экспрессию и голос) выражению всех элементов и этапов переживания горя утраты любви. Техника «зеркаления» позволяет вторить пациенту, уподобляясь его телесным позам, движениям, интонировать, воспроизводя вместе с ним нечленораздельные звуки и возгласы, а иногда и иницируя их.

5) Выстраданная и прожитая вместе с терапевтом травма сепарации начинает терять тогда свои качества катастрофичности и скорее вызывает экстатические чувства «новорожденности». Терапевт воспринимается с безусловным и непо-

колебимым доверием, он в глазах пациента прошел испытание на истинность и прочность любви. Но именно после этого вновь наступает время предельно осторожного и сдержанного терапевтического отношения как конфронтации со старой, но выступившей в новом обличье интенсифицированной установкой зависимости. Пробыв с пациентом рядом в самых тягостных для него состояниях, своим со-переживанием и сердечным участием «согрев» и «накормив» его, терапевт, наряду с оказываемой поддержкой, должен теперь позволять пациенту «становиться на собственные ноги». Только тогда поддержка и опора из «внешних», интериоризуясь, станут «внутренними» основами ответственности, самоуважения и самопрятия.

7. Исследование чувств и телесных ощущений.

1) Утверждение, что именно чувства являются фокусом и «ядром» психотерапевтической работы, звучит почти трюизмом, хотя да самом деле оно далеко не бесспорно и остро дискуссионно для представителей основных психотерапевтических школ. Интерпретация «следов» неосознаваемых влечений, модификация неадаптивного поведения путем научения, коррекция автоматических мыслей и «когнитивных схем»

через проверку их на реалистичность и достоверность — все это — иные возможные формулировки целей и сверхзадач психотерапии в соответствующих психотерапевтических школах. На наш взгляд, одной из главных отличительных особенностей гуманистической ориентации, гештальт-терапии в первую очередь, выступает реабилитация ею «обычных» очевидных человеческих чувств, не замечаемых в рутине повседневности.

Руководствуясь этой, близкой автору, идеей, терапевт помогает «оживить», «освежить» и вернуть в актуальные переживания полихромность и полифоничность целостного чувственного опыта. Пациенту предлагается новая и неожиданная для него позиция исследователя, которому предстоит самому открывать постоянно изменяющийся, от момента к моменту «живущий» мир телесных ощущений и чувств.

2) Разнообразные психотерапевтические техники работы с чувствами призваны привлечь внимание, заметить и как можно более полно пережить пациентом чувственный опыт во всем его разнообразии, без всякой предварительной оценки и селективности, не «кастрируя» его. «Что с Вами происходит?» и «Как это чувственно переживается Вами?» — вопросы-

путеводители для самоисследования и прямого, непосредственного выражения чувств. По мнению Ф. Перлза и его последователей, они помогают избежать двух главных врагов свободного и естественного человеческого существования — так называемых «should-изма» и «about-изма», жестко диктующих, к чему человек *должен* стремиться, чего *должен* избегать, каким *должен* быть и т.д., и т.п. Терапевтической альтернативой этому интериоризованному указующему персту значимого Другого служит простое вопрошание «А что и как *есть*?». Таким путем в гештальт-терапии реализуется важнейший принцип ценности здесь-и-теперь-существования в противовес «иеговистскому долженствованию», застывшим догмам (по выражению А.Эллиса).

Напротив, «Aboutism» позволяет избегать эмоциональной вовлеченности и переживания событий в их непосредственной данности. Рационализации, интеллектуализации и интерпретации представляют собой наиболее распространенные способы ухода от контакта с истинными чувствами, своего рода десензитизацию и девитализацию существования. В противовес этим привычным способам «не-жизни» терапевт своим вопросом «Как это для Вас?» предлагает пациенту исследовать свое состояние, сконцентри-

ровав внимание на том, *что* конкретно и *как* тот видит, слышит, чувствует и т.д., включая и то, как *он не* видит, *не* слышит, *не* чувствует. Иными словами, пациент вовлекается в реальный процесс контакта, имея шанс «встретиться» с разными аспектами своего опыта, в том числе и угрожающими или приносящими ему боль и страдание, либо обнаружить, каким образом он отторгает, отчуждает их от себя, избегает контакта или прерывает его.

8. Метод диалога со значимым Другим.

Диалог, классический метод самоисследования и осознания в гештальт-терапии, противопоставлен стороннему овеществляющему познанию кого-либо или чего-либо — Человека, которому я говорю «Ты», я не познаю. Но я нахожусь в отношении к нему, в «святом слове» «Я—Ты».

Как психотерапевтическая процедура, диалог — это универсальный способ восстановления контакта с отторгнутыми и отчужденными аспектами Я-образа. Вынесенный вовне, он строится вначале как диалог с внешним объектом или отчужденной частью тела, которым пациент бессознательно атрибутирует качества «не-Я». Иницилируя практически-действенные отношения с этим объектом, в процессе которых пациент чувственно переживает его во всех модальностях

сначала как неподобного себе Другого, терапевт фасилитирует идентификацию с ним как с отвергнутой частью Я пациента и последующие отношения с ней, но теперь уже на интрапсихическом уровне. Поляризация Я-образов как бы смягчается, благодаря тонкой дифференциации и нюансировке содержательно-когнитивных и аффективных компонентов в процессе чувственного проживания в каждом из них и последующего диалога. В результате расщепленные ранее образы Я вместе с соответствующими им амбивалентными чувствами отвержения/приятия получают возможность объединиться на новом уровне интеграции само-идентичности.

Резюмируя изложенные здесь некоторые теоретические принципы понимания расстройств самоидентичности у вынужденных мигрантов как следствия насилия против Я, а также основы психологической помощи и конкретные психотерапевтические методы, подчеркнем необходимость дальнейшей эмпирической верификации предложенной нами модели, ее предварительный и поисковый характер. Предлагаемая модель и ее практическое применение в исследовании и психотерапии расстройств личности в определенной мере доказала свою эффективность, однако в процессе и сегодня проводимых исследований

она нами дополняется, корректируется и в этом смысле, возможно, скорее открывает новый взгляд на проблемы, поднятые в данной статье, чем претендует на их разрешение.

ЛИТЕРАТУРА

- Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж.* Клиническая психиатрия. М., 1994. Т.1.
- Кернберг О.* Тяжелые личностные расстройства. М., 2000.
- Лэонтиу Ф.* Особенности половой идентичности у пациентов с личностными расстройствами: Автореф. дисс. канд. психол. наук. М., 1999.
- Мак-Вильямс Н.* Психоаналитическая диагностика. М., 1998.
- Петренко В.Ф.* Основы психосемантики. М., 1997.
- Соколова Е.Т.* Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М., 1989.
- Соколова Е.Т.* «Где живет тошнота?» — анализ случая из психотерапевтической практики // Московский психотерапевтический журнал. 1994. № 1.
- Соколова Е.Т.* Роль насилия в развитии пограничной личностной структуры. Методы установления и развития психотерапевтического контакта // Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995.
- Соколова Е.Т., Ильина С.В.* Роль эмоционального опыта жертв насилия для самоидентичности женщин, занимающихся проституцией // Психологический журнал. 2000. № 5. Т. 21.
- Солдатова Г.У.* Психология межэтнической напряженности. М., 1998.
- Стефаненко Т.Г.* Этнопсихология. М., 1999.
- Фрейд З.* Скорбь и меланхолия // Фрейд З. Художник и фантазирование. М., 1995.

Чхатишвили Г. Писатель и самоубийство. М., 2000.

Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. М., 1996.

Ясперс К. Ностальгия и преступления // Собрание сочинений по психопатологии: В 2 т. М., 1996. Т. 1.

Психические расстройства в общей медицинской практике.
Диагностика и лечебно-профилактические мероприятия
МКБ-10. М., 1997.

ПСИХОПАТОЛОГИЯ СМЫСЛА

В этой работе мы предложим динамически-смысловую трактовку посттравматического стрессового синдрома (ПТСС) и попытаемся сформулировать ряд положений, раскрывающих названный синдром в более широком, чем это обычно делается, контексте, а именно в контексте способа существования уцелевших людей (ветеранов локальных военных конфликтов, лиц, переживших катастрофы, террор, землетрясения, аварии, физическое и сексуальное насилие и др.).

Мы используем динамически-смысловую трактовку, чтобы подчеркнуть мотивационную, движущую силу смысла, который, тем самым, понимается как образующая структуры личности, а не только как ее ценностная «верхушка». Дело в том, что каждый смысл из чего-то исходит, имеет свое основание (это есть «почему» смысла) и на что-то направлен (это есть «ради чего» смысла). Признание в феномене смысла двухгранности позволяет нам не только заново подтвердить аффективно-когнитивное единство, но и идти далее, утверждая **каузально-интенциональное единство смысла**. Другими

словами — заявить о внутреннем единстве двух аспектов целостной структуры **эндосмысла** (каузальный аспект смысла) и **экзосмысла** (интенциональный аспект смысла) (Магомед-Эминов, 1998).

Каузально-интенциональная трактовка смысла дает нам возможность поставить вопрос о смысле как о важнейшем этиологическом факторе посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), с одной стороны, и как о главном образующем симптомокомплекса ПТСР, с другой.

Второй аспект, требующий уточнения, касается понимания посттравматической симптоматики уцелевшего как кризисного состояния личности, вызванного трансординарным опытом. Если в первом случае ПТСР нам видится как посттравматическое стрессовое расстройство смысла, то во втором мы имеем другую грань — трансформацию личности в модусе трансординарности и, следовательно, вызванные этой трансформацией душевно-духовные страдания.

Мы начали заниматься проблемой посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) и шире — вопросом психологических коллизий уцелевших, — начиная с 1986 г., когда в проводимых нами психотерапевтических группах ста-

ли встречаться ветераны Афганистана. Их присутствие в группах определило возникновение особых трудностей при применении традиционных методов психотерапии. Мы работали тогда в рамках психодинамического, а также гуманистического подходов. К этому времени у нас имелся достаточный опыт практической работы (13 лет) и теоретического обобщения, результатом которого стал спецкурс «Групповая психотерапия», прочитанный на факультете психологии МГУ. Несмотря на уже накопленный нами опыт, трудности в групповой работе возникали вновь и вновь, как только в группе появлялся ветеран. Тогда мы объяснили возникшие в группе изменения именно присутствием в группе ветеранов. В чем же состояли эти изменения? Во-первых, отмечалась необычная трансформация групповой динамики: групповой процесс приобретал хаотичный характер, исчезал известный сценарий развития межличностного общения. Групповая динамика либо складывалась неявно, исподволь, незаметно, либо в результате аффективно-травматического «взрывания» в группе. Во-вторых, группа расщеплялась, и граница этой групповой диссоциации точно проходила между ветеранами и другими участниками группы. В результате наблюдались хронические конфликты

отчуждения и противостояния образовавшихся подгрупп. В-третьих, между ветеранами и не-ветеранами создавался смысловой барьер: они просто не понимали друг друга, возникало расстройство общения, разрыв коммуникаций. Но главное состояло в другом: за поверхностной симптоматикой расстройства групповой динамики просматривалось влияние фундаментальных факторов, и одним из них был вопрос о смысле. Каждый из противоборствующих ставил вопрос о смысле, но направления оценки были противоположными: ветераны оценивали и навязчиво хотели найти смысл поступков «не-ветеранов», а последние набрасывались на ветеранов, ставя вопрос о смысле их деяний. Стали обнаруживаться смысловые противоречия между теми, кто воевал, и теми, кто жил гражданской жизнью. Важно при этом то, что война, хотя и завершилась физически, психологически продолжалась.

Травматический опыт ветеранов вторгался в ситуацию группового общения и выявлял ценностные конфликты. Тогда мы поставили вопрос о трансформации смысловой сферы личности при травматическом опыте и стали объяснять конфронтацию смысловым диссонансом, возникающим в результате смыслового отчуждения.

Позже мы поняли, что смысловой диссонанс между уцелевшим и его окружением тесно связан со смысловым конфликтом, т.е. конфликтом в духовной жизни уцелевшего и индукцией этого конфликта на обычных людей. Мы ввели тогда понятие смыслового конфликта несмотря на то, что такой известный специалист в этой области как В. Франкл (*Франкл*, 1990) отрицал возможность смыслового конфликта (*Magomed-Eminov*, 1996.). Кроме того, мы различаем интерпсихологические и интрапсихологические смысловые конфликты и отличаем смысловой конфликт от классического психодинамического конфликта, выводя его из актуального травматического опыта.

Вернемся к нашей проблеме с групповой динамикой: в конце концов мы пришли к необходимости создания специальных ветеранских групп общения, отчасти для преодоления возникших трудностей, отчасти — для изучения новой проблемы. В 1987-1988 гг. с учетом результатов опыта американских специалистов, исследовавших «вьетнамский синдром», был создан научный проект по изучению афганского синдрома. С 1988 г. мы начали практическую деятельность, которая проходила под лозунгом «ПТСР в СССР». Было проведено обследование

почти всех ветеранов-инвалидов афганской войны в Москве, создана психологическая служба ветеранов Афганистана, на базе которой совместно с ПС СВС была организована работа с американскими специалистами в Москве, а летом — в реабилитационных центрах Америки. Вопрос о смысле к тому же приобрел широту и характер публичных дискуссий и требований политической оценки войны после вывода войск из Афганистана весной 1989 г. Если до этого военная тема возникала в контексте ожидания конца: «еще немного, еще чуть-чуть», то теперь стали набирать силу требования найти и наказать виновных. В этот период возникла сильная политизированность «афганских кругов», которые тоже требовали оценки войны. Это требование имело разные оттенки, от мягкого — признания ошибочности введения войск, до более жесткого — выявления виновных и предания их суду. Нас тогда сильно удивляло, что все бросились на поиски виновных, вместо того чтобы организовывать помощь ветеранам. Однако этот вопрос оценки, как мы поняли, определялся не мстительностью или атрибуцией виновности, а более глубоким вопросом — поиском смысла войны. Именно поиск смысла, выражающийся в разнообразных явлениях, был отличительным призна-

ком начального периода открытой постановки «афганского вопроса».

Изучение феномена психической травмы имеет достаточно длинную историю, в которой систематическое исследование данного вопроса можно обозначить восьмидесятыми годами прошлого века. На современном этапе рассмотрения психологических последствий воздействия травматических событий на человека наиболее важным стало выделение в DSM-III нозологической формы PTSD — посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), критерии которого были определены при обследовании вьетнамских ветеранов и лиц, уцелевших после различных бедствий (*Diagnostic...*, 1980). Позже, в DSM-III-R, уточнились критерии PTSD: изменилось определение стрессора, были добавлены характеристики, касающиеся кошмарных сновидений, а также конкретизированы проявления расстройства у детей (*Diagnostic.....*, 1987). Наконец, в DSM-IV было введено еще одно новшество: помимо категории PTSD, в него вошла категория «острого стрессового расстройства», которое очень схоже по своим проявлениям с PTSD, но имеет существенные отличия по ряду признаков, в том числе по времени возникновения события и продолжительности его воздействия (*Diagnostic.....*, 1994).

Новая диагностическая категория — ПТСР — заменила ранее использовавшийся термин «травматический невроз», хотя некоторые авторы продолжают применять его до сих пор.

Выделение нозологической формы ПТСР имеет положительные и отрицательные стороны. Положительным можно считать мощное пробуждение научного интереса к проблематике уцелевшего и наметившаяся унификация в объяснении массы разрозненных эмпирических и клинических данных. Отрицательная сторона, как это нередко бывает (а здесь случилось именно так), выросла из абсолютизации положительной: установилась узко клиническая трактовка феномена. Все, или почти все психологические человеческие страдания, коллизии уцелевшего стали объяснять, приписывая ему диагноз ПТСР в той или иной форме. Накопилась масса исследований, предлагавших вариации ПТСР со всевозможными признаками и описаниями, в которых один и тот же диагностический ярлык навешивался разным группам уцелевших. Раньше каждому бедствию соответствовал свой синдром, теперь все это переинтерпретировалось в терминах одного синдрома.

Введение в 1994 г. диагностической формы «острое стрессовое расстройство» существенно

ситуацию не изменило, ибо она лишь ухватывает непосредственные посттравматические реакции уцелевшего. Преодоление этой односторонней трактовки, на наш взгляд, крайне актуально, в связи с чем отметим два важных момента. Во-первых, имеется достаточно данных, показывающих, что «синдром уцелевшего» не совпадает с ПТСР. Действительно, человек может обнаруживать тяжелую посттравматическую симптоматику даже тогда, когда у него не диагностируется ПТСР. Дело здесь даже не в том, что есть **посттравматические стрессовые реакции**, которые надо различать от посттравматических стрессовых расстройств, как это мы сделали в свое время (*Магомед-Эминов и др.*, 1990), а в том, что существуют другие синдромы, выходящие за рамки ПТСР, например, **синдром смыслоутратности** (*Magomed-Eminov*, 1997). Во-вторых, требуется переход от чисто физиологических объяснений травматического стресса к психологическим, а от психологических, ограничивающихся описанием аффективных, когнитивных и поведенческих проявлений, — к личностно-психологическому, в центре которого стоит личность уцелевшего. Тогда мы должны поставить вопрос о **трансординарном опыте уцелевшего**, являющимся оборотной стороной

«**синдрома уцелевшего**» и ПТСР. Ведь травматические и посттравматические ситуации уцелевшего связаны друг с другом не только как травматический стрессор с посттравматической стрессовой реакцией, но и по линии трансординарного модуса существования личности. Здесь имеет значение «**трансординарный синдром**», заключающийся в страданиях, испытываемых от повседневности человеком, пережившим неповседневность, иначе — ординарное существование трансординарной личности. Образовалась новая личность, которая не находит своего места в жизни, следовательно, речь идет о последствиях нахождения человека в особой ситуации существования. Эта ситуация характеризуется тем, что уцелевшие оказываются в системе координат выживания. Их мотивация трансформируется и направляется, главным образом, на такие ценности, которые в обычной повседневной жизни для нас не характерны, но свойственны экстремальной ситуации. И эти люди, как только мы с ними вступаем во взаимодействие, сразу же дают нам знать о своем присутствии в ином, чем мы, жизненном мире. Через свои жалобы, через болезненные воспоминания они заявляют нам о том, что испытали нечто, чего мы не испытывали. Вот здесь и порождается тот самый вопрос о непо-

нимании, звучащий в устах почти каждого уцелевшего. Тогда мы обнаруживаем то, что требуется для выработки действительно новых методов помощи. Мы должны помогать людям, которые заведомо настроены на непонимание и отчуждение от окружающих, что служит характерным симптомом. Когда вьетнамские ветераны вернулись с войны, от них отвернулось не только общество, но и их психотерапевты. Когда ветераны обращались к классическим психоаналитикам и рассказывали им свои сны о том, как видят стреляющее оружие, как хотят выстрелить из автомата, а автомат превращается в деревянный или спусковой крючок не срабатывает, им объясняли, что это сексуальная символика, связанная с инфантильными конфликтами, например, с эдиповым комплексом. Ветераны, сталкиваясь с подобными интерпретациями, впадали в ярость и не хотели больше иметь дело с такими психотерапевтами. Нам в свое время удалось встретиться с людьми, ставшими пионерами создания центров психологической помощи для ветеранов в Америке. Два психолога и один ветеран рассказывали, как они начали свой путь, все начав с того, что ветеран обратился к психологам с просьбой присутствовать на встречах ветеранов при условии ничего не делать и не вмешиваться в проис-

ходящее. Просто они сели в круг и стали говорить о наблевшем. Так создалась *рэн-группа*, т.е. группа, в которой люди выговариваются о наблевшем. В подобных *рэн-группах* активность находится на стороне уцелевшего, а психологи лишь создают атмосферу для того, чтобы эти люди могли себя выразить. При этом им не предлагается делать какие-либо упражнения, играть в игры, следовать каким-то инструкциям или решать определенные задачи. Обнаруживается, что если мы, имея дело с людьми, рыдающими от того, что они потеряли близкого, оказались без дома и родственников, будем им говорить: «Представьте себе свою ситуацию и давайте свободные ассоциации» или «Конфронтируйте со своей субличностью жертвы» — то мы окажемся наивными. Ситуация уцелевшего — это ситуация трагическая, а не бытовая, она требует иных масштабов объяснения и соотношения. Масштаб, который мы должны ввести в психотерапию уцелевшего, это масштаб личности, т.е. мы должны смотреть на эту ситуацию уцелевшего через призму личности, преодолев не только физиологическое, но и узко психологическое видение проблемы в терминах эмоциональных расстройств. Мы имеем здесь дело с потрясением личности, а не с физиологическим или психо-

логическим стрессом, т.е. с проблемой бытия, а не с бытовой проблемой. Для иллюстрации этой мысли можно привести массу примеров. Расскажем хотя бы о ветеране, который обратился к нам за психологической помощью, жалуясь на конкретную слуховую галлюцинацию: ему слышался хруст ломающихся костей. Выяснилось, что его страдание имеет вполне веские объективные причины. Он был водителем санитарной машины и ездил подбирать на поле боя раненых солдат. Для спасения товарищей, находясь под обстрелом противника, ему приходилось ездить даже через трупы и он слышал хруст ломающихся костей под колесами машины. Он находился в смешанных чувствах гордости и виновности: чтобы спасти живых, ему приходилось ездить по телам мертвых. Релаксация, выговаривание и переструктурирование — эти традиционные психотерапевтические методы просто сами по себе, без духовной работы уцелевшего, — слабые помощники в ситуации его психологической реабилитации. Дело в том, что здесь симптом уцелевшего — это следствие его пребывания в ситуации с конфликтной ценностной структурой: спасатель вынужден ехать по трупам.

В посттравматической ситуации активизируется **ретроспективная работа личности**, направ-

ленная на разрешение смыслового конфликта, начавшегося в травматической ситуации. И наш уцелевший страдает от смыслового бремени, которое он возложил на себя в трансординарной реальности. Тогда мы обнаруживаем не только различие между смысловым и собственно психическим конфликтами, но и первоначальное различие между сущностью психического конфликта и сущностью психической травмы. Психический конфликт и психическая травма — несводимые друг к другу понятия. Для разъяснения этого положения выдвинем следующий тезис: основные теории личности и, следовательно, вытекающие из них методы оказания психологической помощи строятся на понятии психического конфликта. Диссоциация, вытеснение, слабость Эго, неконгруэнтность, неаутентичность, нецелостность — все эти понятия формулируются в рамках внутриличностного конфликта, внутриличностного разлада. И фрейдисты, и роджерсианцы, и гештальттерапевты интерпретируют бытовые проблемы клиента в терминах личностного разлада. Различаясь в деталях, все психодинамические модели едины в своих основаниях — движущей силой нормального и аномального развития признается психический конфликт.

Несмотря на общепризнанность и несомненную пользу, эта парадигма обнаруживает некоторую ограниченность. Ведь акцент на психическом конфликте означает акцент на диспозиционных переменных в ущерб ситуационным. По-другому: наличные психологические проблемы, возникающие в актуальной ситуации, объясняются в терминах предрасположенности, определяемой психическим конфликтом. Получается, что взрослый страдает не от актуальных проблем, а от предшествующих, т.е. находящихся в до-травматической ситуации, психических переменных. Итак, следуя теории психического конфликта, мы вынуждены признавать ведущее значение преморбидных установок в развитии ПТСР независимо от того, идет ли речь о нарушении синтетической функции Эго, слабости Эго, неконгруэнтности личности, неаутентичности Я, когнитивном диссонансе и других.

Однако ситуация уцелевшего нам ясно показывает, что его синдром главным образом определяется трансординарным опытом, существованием человека в новых духовных смысловых измерениях.

Уцелевший — это взрослый человек, страдающий от взрослых проблем, а не мучающийся от неизвестных инфантильных конфликтов. Если

выразить это положение шире, чтобы оно отражало и детские травмы, то это будет звучать так: уцелевший страдает, главным образом, от актуальной ситуации, а не от регрессивной активации прошлого. Эта актуальная ситуация уцелевшего, имеющего, конечно, свою собственную жизненную историю — есть смысловая ситуация, в которой он должен решить определенную жизненную задачу в согласии с самим собой и своей совестью.

В этом плане посттравматические стрессовые расстройства можно, на наш взгляд, называть посттравматическими стрессовыми расстройствами смысла. Такой взгляд, однако, нельзя считать распространенным. Напомним, что в диагностических критериях ПТСР не встречаются признаки, прямо отражающие расстройство смысла. Во-первых, посттравматическое стрессовое расстройство характеризуется тем, что человек выходит за пределы обычного опыта существования. К примеру, мигрант — это человек с трансординарным опытом. Он страдает не от бытовой обиды, он стал бездомным в том высшем смысле, о котором говорят философы. У него, быть может, даже где-то остался дом, но он бездомный по своей психологической ситуации — утраты образа жизни и, следовательно, утраты

смысловой ткани его существования. Второй критерий ПТСР указывает, что человек попадает в ситуацию вторжения травматического опыта. Помимо своего желания он захвачен всевозможными воспоминаниями, мыслями, эмоциями, поведенческими последствиями и т.д. Третий критерий — избегание всего болезненного опыта. Четвертый критерий — это сверхактивация, а пятый признак просто указывает на продолжительность проявления перечисленных реакций. Как мы видим, никаких упоминаний о расстройстве смысла у уцелевшего здесь не обнаруживается. Главным образом, критерии ПТСР операционализированы вокруг фиксации на травме. Между тем, различая положительную и отрицательную фиксацию, мы можем переинтерпретировать ПТСР по признакам вторжения и избегания как поиска смысла и его избегания. Для того, чтобы у мигранта было признано посттравматическое стрессовое расстройство, указанные признаки — тяжелые воспоминания, избегание опыта и т.д. — должны длиться не менее месяца. Так, если в течение недели после выхода из травматической ситуации у него есть такие проблемы, это еще не означает, что ему можно поставить подобный диагноз. Поэтому необходимо отличать посттравматические стрессовые реак-

ции от посттравматических стрессовых расстройств, как мы уже подчеркивали ранее. Если выйти за рамки клинической терминологии, то можно увидеть, на что указывают эти реакции. Они, во-первых, говорят о декомпрессии трансординарности: прекращается воздействие травматического стресса, неповседневного опыта (человек возвращается с войны, выписывается из больницы, выходит из зоны бедствия и т.д.). Многие его симптомы, оказывается, объясняются именно декомпрессией трансординарности, но и это еще не все: уцелевший, переходя из посттравматической ситуации в обычную повседневность, сталкивается теперь с компрессией повседневности или ординарности. Надо привыкнуть к новым условиям, пусть даже они обидны. Наконец, не нужно забывать еще об одной острой травматической компрессии, т.е. компрессии трансординарного опыта, воздействующего на человека в ходе развития экстремальной ситуации в самом начале. Следовательно, психологические коллизии уцелевшего развиваются по ходу и логике экзистенционального движения человека от трансординарной компрессии к трансординарной декомпрессии и далее — к компрессии ординарности. Между тем, существующие модели трактуют травматические

стрессоры главным образом как дистрессовые факторы самой экстремальной ситуации, не учитывая динамику и перепады экзистенциального существования.

Еще один аспект расстройства смысла демонстрирует нам следующее наблюдение: у людей, не имеющих диагноза ПТСР, в то же время нередко отмечаются тяжелые симптомы, которые нельзя назвать болезнью с точки зрения медицины. Им свойственно чувство опустошенности, отчужденности, бессмысленности, утрата ориентиров, потеря самоидентичности и т.д. Хотя у этих людей по тестам не обнаруживается посттравматическое стрессовое расстройство, они демонстрируют тяжелые формы личностных изменений, которые врачи могут приписать даже шизофрении или эндогенной депрессии. Эти люди, на наш взгляд, страдают от трансординарности личности и **психопатологии смысла**. Достаточно сложно отличить смысловую психопатологию от тяжелых форм собственно психопатологии, если человек находится в остром состоянии. Поэтому те, кто занимается оказанием психологической помощи, точно должны отдавать себе отчет, что тяжелые страдания, вызванные смыслоутратностью, не являются показателем «медицинской» психопатологии. Здесь превали-

руют психопатология смысла и духовные проблемы человека. Когда ведущие специалисты не признают, что смысл имеет значение критерия посттравматического стрессового расстройства (около 280 специалистов не признали смысл в качестве критерия ПТСР), это говорит не об отсутствии проблемы, а наоборот — о ее присутствии. А главное состоит в том, что исследователи подвергают теоретическому подавлению и отклонению проблему смысла бытия перед лицом угрозы небытия, повторяя тем самым путь, по которому шел уцелевший. Ведь уцелевший, столкнувшись с ситуацией смысла, пытается не только искать смысл, как за то ратует Виктор Франкл, но и бежит от смысла. Избегание смысла имеет свои причины и свои последствия. То же происходит и с теми, кто исследует уцелевших и помогает им.

Когда специалист оказывается в ситуации взаимодействия с уцелевшими, он общается с людьми, имеющими тяжелую судьбу. И тогда на наши теоретические взгляды, на методы работы оказывают влияние наша чувствительность к трагедии, беде и мужеству, стойкость выносить ситуацию утраты, угрозы. Неудивительно, что может возникать тенденция избегания всех этих ценностных проблем, которые порождает ситуа-

ция уцелевшего. Однако проблема не сводится лишь к теоретическому вытеснению ситуации уцелевшего, а распространяется на всю сферу оказания психологической помощи. Выяснилось, что самим специалистам — врачам, психологам — требуется оказание психологической помощи. Очевидно, что в психоаналитических терминах эта проблема определяется как контртрансферентные реакции психотерапевтов, возникающие при контакте с уцелевшим. И здесь, однако, контртрансференция играет роль предDisposition к формированию итоговой стрессовой реакции у психотерапевта. Более продуктивным, на наш взгляд, будет объяснение травматического стресса, возникающего у специалистов при контакте с уцелевшим, в терминах **индукции травмы**. Происходит наведение травмы, или психологическое заражение, которое объясняется личностным вовлечением психотерапевта в ситуацию смерти (и утраты), актуализирующееся в ходе общения с уцелевшим.

Яркая иллюстрация этого феномена — пример американских специалистов, работавших с вьетнамскими ветеранами. Чаще всего у них наблюдались различные реакции страха: они боялись ездить в лифте, летать в самолетах, боялись темноты и т.д. И часто они пытались узнать, есть

ли подобные страхи у наших специалистов, спрашивая: «У Вас есть какой-нибудь, хотя бы маленький, страх, фобия, хоть самая маленькая, есть или нет?».

Когда мы в 1989 г. создали психотерапевтический кабинет, то столкнулись с феноменом индукции травмы на примере врачей госпиталя для ветеранов войны в Москве. Оказалось, что в первую очередь необходимо оказывать психологическую помощь самим врачам, т.к. от контакта с ветеранами они впадали в тяжелые психологические состояния. Далее с этим явлением мы сталкивались неоднократно. Очень показательна ситуация, в которой оказались врачи и психологи г. Южно-Сахалинска при оказании помощи жертвам землетрясения. Специалисты сами впали в состояние психологического шока, оцепенения, растерянности, паники. Они привыкли работать в кабинетах, проводить в спокойных условиях с контролирующим себя пациентом аутогенную тренировку или консультативные беседы. При этом они работали с людьми, которые сами обращались за психологической помощью. А здесь, в очаге бедствия, они оказались лицом к лицу с реальной жизнью, притом с такой жизнью, для которой у них самих не было готовых рецептов. Их пациенты испытывали состояние

психологического шока: одни впадали в состояние ажитированности, острой паники, а другие — в состояние оцепенения, заторможенности, дереализации и деперсонализации. Некоторые вообще психически отключались от реальности, погружаясь в состояние анапсиза — психической спячки (*Магомед-Эминов*, 1998). Такой человек становится отрешенным, неподвижным, его поведение приобретает характер автоматизированности, роботообразности. В крайних случаях это может проявляться в «эмбриональной позе»: в очагах бедствия можно увидеть людей, принимающих такую позу; они сидят или лежат, свернувшись, у них даже нет сил плакать, самое большое, что они могут делать — это скулить. В такой ситуации психотерапевт чувствует свое бессилие. Подобный конфуз случился с московскими психотерапевтами, показавшими свою беспомощность в работе с людьми, а особенно с детьми, после известных террористических актов. Во всех таких случаях необходимо различать два основных аспекта проблемы психолога (психотерапевта), возникающей в ситуации оказания психологической помощи уцелевшему. Один аспект касается личности травмотерапевта — это его личностная проблема, а другой находится в сфере компетентности — это проблема

компетентности. Очевидно, что если психотерапевт, занимающийся бытовыми (семейными, производственными) неурядицами, отправляется в зону бедствия без специальной подготовки оказания психологической помощи в экстремальной ситуации, то у него возникает масса сложностей такого же рода, как у аптекаря, вынужденного провести хирургическую операцию. Это вопрос компетентности и здесь мы можем лишь ратовать за профессионализм и соблюдение профессионально-этических норм: делать только то, что находится в пределах профессиональной компетентности. В связи с этим необходимо затронуть вопрос о позиции психотерапевта в ситуации оказания психологической помощи. Во-первых, нужно исходить из того, что «человека нужно не жалеть, а уважать». В данной ситуации это имеет большое значение. Первое и главное, от чего страдает психически травмированный человек — от того, что он допускает чувство жалости к себе, т.е. он открывает дорогу к «комплексу жертвы». Психотерапевт не должен включаться в ситуации сверхопеки, жалости, которые опасны не только для пациента, но и для самого психотерапевта. Поэтому здесь недопустимо, с одной стороны, чванливое, высокомерное манипулятивное отношение, а с другой стороны — панибратство

и свехопека: обе эти позиции крайне негативно влияют как на пациента, так и на самого психотерапевта. При оказании психологической помощи уцелевшему психотерапевт должен занимать особую психологическую позицию, состоящую в центрации на клиенте, а не на своих проблемах. Личность психотерапевта со всеми своими проблемами должна оставаться «за стулом» — утром возникло недовольство, по дороге наступили на ногу в транспорте, и т.д. — все то, что служит стрессовыми факторами, нужно оставить за пределами ситуации психотерапии. Это называется правилом «управляемой диссоциации», означающим, что психотерапевт в ситуации психотерапии должен управляемо раздвоиться. Одна наша личность находится здесь, полностью направлена на нашего пациента и улавливает малейшие нюансы его переживаний. А другая наша личность остается «за стулом», т.е. не присутствует здесь, а остается в том мире, где мы живем, чтобы мы имели возможность, когда встанем со стула, вернуться туда, а не остаться навечно прикованными симбиотической связью к пациенту. Это раздвоение управляемо, т.е. мы можем сознательно вернуться в нашу жизнь, и когда мы завершили сеанс, мы завершили работу. И до того момента, когда мы снова

встретимся с нашим пациентом, мы должны жить своей жизнью, жизнью человека, который сказал «до свидания» своему пациенту до следующего сеанса. С другой стороны, позиция психотерапевта требует контроля эмпатии, т.е. своей эмпатией, сопереживанием мы не должны «запускать» процессы переживания, связанные с чувством, что это могло произойти и с нами, или что с нами этого не произошло. Иначе говоря, психотерапевт не должен допускать чувства облегчения и радости, сравнивая себя с уцелевшим, как бы говоря себе: «Ну, слава Богу, что это не мы упали», или «Слава Богу, что мы не этой национальности, не жители этого района», и т.д. Как только возникают такие мысли, мы должны сразу же ценностно отнестись к этому, потому что так могут возникать расстройства наших систем защиты.

Если обратиться к личностной проблеме травмотерапевта, то нужно подчеркнуть, что она связана с отмеченным выше явлением индукции травмы. Личность психотерапевта может инкорпорировать травму или отдельные аспекты травмы уцелевшего, что приводит к трансформации самоидентичности или ее отдельных образующих. Ведь личностная проблема в контакте с жертвой бедствия основана на личном отноше-

нии к трагедии, угрозе, смерти. Уцелевший вместе со своим опытом вносит, вторгает в жизненный мир врача, психолога фундаментальные вопросы жизни и смерти. Тогда сам психотерапевт перемещается из модуса повседневности в модус трансординарности, переживает чувства причастности и личной уязвимости. В итоге фундаментальное чувство личной неуязвимости и символического бессмертия разрушается, а сам практический психолог погружается в ситуацию смысловой работы личности — утраты, поиска, нахождения смыслов. Таким образом, профессиональная работа превращается в работу личности. Результатом этой работы должна быть особая позиция личности, сочетающая в единстве две противоположные тенденции. С одной стороны, специалист должен быть чувствительным (сензитивным) к беде другого, с другой — он должен быть личностно стойким, мужественным. Необходимо учитывать, что травмотерапевт оказывает помощь людям, существование которых точно отражает сентенция: **смыслообразование в смыслоутратной ситуации**. Смысл утраченного: смысл, который был путеводной звездой в той ситуации, не ведет никуда в этой ситуации. Утрата смысла приводит не только к **синдрому смыслоутратности**, но и пробуждает мощную

мотивацию к его поиску. Парадокс в том, что мотивация поиска смысла актуализируется в ситуации утраты смысла. Смысл утрачен и жизнь теряет ориентиры, но включается трансситуативная активность поиска ориентиров. Существование в смыслоутратной ситуации может идти по разнообразным линиям развития и это невозможно предсказать по логическим соображениям.

Коротко остановимся на некоторых практических вопросах психологической реабилитации. На начальной стадии уцелевший, как правило, не осознает связь между своими состояниями, проблемами, коллизиями и травматическим опытом, их определяющим. Отсутствие этой связи часто становится исходной точкой работы с этими людьми. Когда мы хотим дальше работать с ними, у нас возможны два противоположных подхода. Первый: мы можем внушать человеку или требовать, чтобы он связал свои симптомы, страдания с причиной. В данном случае речь идет о травматическом событии. Другой подход: мы отказываемся от попытки навязать ему данную причинно-следственную связь и даем возможность быть естественным, спонтанным, чтобы он сам открыл эту связь в ходе психологической работы, конечно, не без нашей помощи. Чаще

всего встречается первый вариант, когда пытаются манипулировать уцелевшим, навязать ему определенные представления. Ему говорят: «Этот симптом связан с тем-то событием», — то есть пытаются механически связать психологические проявления с какой-нибудь травмой. Так действовать неэффективно, нельзя форсировать события. Нельзя бестактно задавать вопросы людям, которые потерпели бедствие: «Кто у Вас умер?», или «Кого Вы убили?», — если он был на войне. Это не только не тактично, но и психологически ошибочно, так как может привести к **риску декомпенсации**. Мы таким образом можем выпустить «джинна» из бутылки психической травмы, и не сможем с ним совладать. Здесь важен следующий постулат оказания психологической помощи уцелевшему: если традиционный психоанализ, психотерапия толкает человека к самораскрытию, чтобы он пережил нечто, травмировавшее его, то при травмотерапии с этим нельзя спешить. Надо действовать градуально. Мы не только должны создать чувство безопасности, но и научить человека контролировать травмирующие воспоминания, чтобы они не переполнили его личность. Здесь имеется противоположная задача, которая состоит в создании некоторого уровня сопротивления. В психотера-

пии сопротивление не только надо преодолевать, но нужно также уметь создавать его. Поэтому, как только мы совершим ошибку, «действуя в лоб» — человек либо закрывается, избегает дальнейших встреч, либо же он впадает в тяжелое состояние, что может привести к риску декомпенсации. Необходимо учитывать серьезность последствий любого общения, которое мы осуществляем. Люди, приходящие к нам, уже имеют какие-то способы адаптации, совладания с собой. Любые формы психологической помощи, психологического воздействия «расшатывают» устоявшиеся системы адаптации, защитных и копинговых механизмов. Обычно люди обращаются за психологической помощью, если имеется какая-то проблема, страдание и т.д., т.е. действует характер мотивации обращения за помощью аналогично медицинской ситуации. Однако в случае психической травмы проблема переворачивается. Страдая, человек вместе с тем не обращается за помощью, потому что в этой ситуации специалист пытается «включить» его воспоминания о травмирующем опыте и переживаниях, которых он хочет избежать. Т.е. проблема заключается в том, что люди, оказавшись в тяжелых ситуациях, пройдя стадию «крика о помощи», становятся очень замкнутыми и всеми

силами уходят от этих болезненных для них вопросов. Поэтому здесь требуется говорить не только о тактичности и ситуации доверия, но в первую очередь о создании **чувства безопасности** для человека.

При оказании психологической помощи уцелевшим нужно учитывать, что имеется специфика протекания ПТСР у детей. Во-первых, если для взрослых характерно проявление посттравматических стрессовых реакций или расстройств, например, воспоминание тяжелых переживаний, связанных с потерей места работы, дома, родины и т.д., то у детей в первую очередь обнаруживается «отыгрывание» различных комплексов. Т.е. если взрослые вспоминают, то дети в различных своих играх, поведении действуют способом, характерным для травматического поведения, например становятся рискованными, начинают играть в игры, связанные с отрицательными ситуациями. Они играют в игры, в которых хоронят кого-то, т.е. они предпочитают в своем поведении разыгрывать болезненный опыт. Хотя взрослые в основном более вспоминают, чем разыгрывают, вместе с тем бывают такие ситуации, когда клиент начинает «отыгрывать» на консультации.

Следующий момент связан со сновидениями. У детей характер кошмарных сновидений также меняется. и чаще всего они видят себя объектами, т.е. становятся пассивными, испытывающими травму. Взрослые, наоборот, часто сами в своих сновидениях наносят разрушения, т.е. занимают активную позицию. Также в сновидениях детей меньше встречается то, что называется «ночным террором», т.е. люди, имеющие травматический стресс, часто страдают от того, что ночью кричат что-то, вспоминая войну, чему-то сопротивляются, дергаются, вздрагивают, но сами этого при пробуждении не помнят. У детей это встречается реже, но чаще они испытывают страх. Т.е. они просыпаются в страхе, который очень реален. Поэтому эти различия четко показывают, как с ними нужно работать. Одно дело — работать с непонятной символикой, когда человек просыпается от какого-то надвигающегося предмета, другое — когда ребенок просыпается, видя какого-то дядю, который хочет его ударить. Технология работы будет разной. Также нужно учитывать, что ребенок в посттравматической ситуации продолжает оставаться ребенком, а взрослый, оказавшись в той же ситуации, превращается в ребенка. У уцелевших обнаруживается наличие двух абсолютно противоположных

качеств: с одной стороны, они, умудренные опытом, рассказывают такие вещи, которые характерны для людей, переживших тяжелый жизненный опыт, с другой стороны, перед нами — беззащитные дети. Эти взрослые начинают регрессировать, возвращаться к детским состояниям, у них обнаруживаются беспомощность, безысходность, тенденция к симбиотическим связям, т.е. им надо все время к кому-нибудь прилепиться, прицепиться, привязываться. Но, с другой стороны, они становятся очень раздражительными, агрессивными, неуживчивыми и, таким образом, они просят помощи, но в то же время ее и отвергают.

Следующий важный момент связан с материальной компенсацией. В ситуации психической травмы была обнаружена очень сильная связь с выгодой. Это было даже названо «рентным неврозом». Обнаружилось, что люди, оказавшиеся в ситуации бедствий, очень сильно обвиняют окружающих, власть, государство в том, что им не дают материальной компенсации. В отдельных странах даже были приняты специальные законы о социальном страховании, и шли споры о том, не являются ли люди, оказавшиеся в ситуации бедствия, просто симулянтами. Это действительно серьезная проблема. Например,

когда людям оказывается материальная помощь или их посылают бесплатно лечиться в различные медицинские центры, то им от этого не всегда становится лучше, а даже наоборот. Врачи думают, что это связано с симуляцией. В этом вопросе также имеется отличие детей и взрослых: у детей мы не находим каких-либо явных признаков «рентного невроза».

При оказании психологической помощи уцелевшим часто ставится вопрос о временных аспектах: что наиболее эффективно — помощь без промедления, или ее отсроченность. Суть дискуссий сводится к следующему положению: если специалисты оказывают психологическую помощь непосредственно в очаге бедствия, на войне, то предотвратит ли это отсроченные последствия, которые могут возникнуть через год, через три года и т.д.? Однако в литературе доказано, что психологические последствия имеют отсроченный характер. Даже тогда, когда психиатры, психологи работали непосредственно в очаге бедствия, это не влияло на возникновение отсроченных реакций, т.к., как мы указывали выше, посттравматические стрессовые расстройства можно называть посттравматическими стрессовыми расстройствами смысла. Человек вернулся с войны, или вернулся из зоны бедствия, или это

мигрант в самом начале своих мытарств с переселениями — даже если им будет оказана психологическая помощь в самой экстремальной ситуации, то затем будут возникать проблемы, связанные с профессиональным самоопределением, самоопределением личности, которые идут друг за другом. Мы не должны также забывать, что эффективность помощи зависит от личностной позиции самого уцелевшего: кому-то она нужна сразу, если ему недостает внутренней силы, толерантности к стрессу; другому, может быть, понадобится только через три года. Это показывает, что мы должны быть очень внимательными к этим людям чуть ли не до конца их жизни. Такая позиция разделяется многими специалистами. Вместе с тем, это не означает, что можно недооценивать необходимость оказания психологической помощи на начальных этапах. Ведь есть и другая сторона — если вовремя психологические проблемы не решаются, они переходят на физиологический уровень, т.е. вначале возникают функциональные состояния обратимого характера, а потом уже — физиологические последствия, которые приобретают необратимый характер. Значит, на самых начальных этапах оказание психологической помощи важно, но она должна трансформироваться по мере разви-

тия и изменения посттравматической ситуации. Человек продолжает жить, ребенок растет и развивается — и это уже другая смысловая ситуация.

ЛИТЕРАТУРА

- Магомед-Эминов М. III.* Трансформация личности. М., 1998.
- Магомед-Эминов М. III.* Личность и экстремальная жизненная ситуация // Вестн. Моск. Ун-та. Сер 14, Психология. 1996. № 4. С. 26— 35.
- Магомед-Эминов М. III.* и др. Новые аспекты психотерапии посттравматического стресса. Харьков, 1990.
- Франкл В.* Человек в поисках смысла. М., 1990.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Ed. 3, rev. (DSM-III-R). American Psychiatric Association. Washington, 1987.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Ed. 4, rev. (DSM-IV). American Psychiatric Association. Washington, 1994.
- Magomed-Eminov M.* Post-traumatic stress disorders as a loss of the meaning of life // States of mind / Eds. by D.Halpern, A.Voiskynsky. Oxford University Press, 1997.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕПРЕССИИ У ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ

Депрессия настолько распространена, что ее часто называют «болезнью XX века». Особенно ее проявления характерны для беженцев и вынужденных мигрантов, имеющих травмирующий опыт войн и этнических конфликтов. Работая с беженцами и лицами, ищущими убежища, из стран дальнего зарубежья, мы постоянно сталкивались с различными проявлениями у них депрессивных состояний. К сожалению, для этого есть предпосылки. Современное общество характеризуется кризисными явлениями во многих сферах общественной жизни. Трудные социально-экономические условия в значительной мере осложняют реальность. Происходит резкая смена привычных стереотипов, дестабилизация финансового положения и ситуации на рынке труда. Для многих не решена жилищная проблема. Эти и многие другие факторы способствуют потере чувства безопасности у значительной части населения нашей страны. Возникает реальная проблема страха перед действительностью. Это

очень серьезная ситуация, ведущая к увеличению пессимистического взгляда на жизнь и появлению депрессивных проявлений. Травматические неврозы, открытые когда-то Фрейдом, сейчас переросли в отдельное направление психиатрии — посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР), которые наблюдаются при массовых катаклизмах — наводнениях, землетрясениях, а главное — при войнах. Очень серьезно со всем этим мир столкнулся и начал заниматься после Вьетнама. Не миновали этой беды и мы. Афганская ситуация и ситуация чеченская, конечно, оказались достаточно тяжелыми.

Контингент, с которым мы работаем, — это жители Афганистана, перенесшие все ужасы войны и покинувшие свою родину. Они несут с собой смерть близких, потери друзей и крова, а впереди у них возможность начать новую жизнь. Но как? Для каждого человека (а в мусульманской культуре — в особенности) потеря корней, уход от могил предков уже является фактором стресса. Что обрел мигрант, приехав в Россию? Отсутствие гражданства, работы, жилья, полное бесправие, постоянные материальные трудности. Как избавиться в этой ситуации от комплекса собственной неполноценности мужчине, который не может обеспечить семью? Постоянные

конфликты с милицией, унижения, вымогательства. И все это происходит на глазах его семьи: жена и дети становятся свидетелями его неспособности защитить их и себя. Незащищенность порождает страх, становящийся постоянным спутником их жизни. Этот страх порождает стремление уйти от реальности. И многие уходят, уходят в болезнь. Как ни парадоксально, но, похоже, что это наиболее легкий способ, в первую очередь, для самого себя. Ты болен и поэтому на многое неспособен: не можешь работать, не в состоянии обеспечить семью, не в состоянии гарантировать ей безопасность.

Депрессию относят к аффективным (эмоциональным) расстройствам, при которых психопатологическое состояние проявляется в форме стойкого снижения настроения (*Морозов*, 1988). Депрессия характеризуется сниженным фоном настроения, подавленностью, угнетенностью, пессимистическим взглядом на будущее, низкой самооценкой, повышенной самокритичностью, мотивационной инертностью, снижением всех видов психической и физической активности.

Сложность и многогранность проблемы депрессии определяется, с одной стороны, причастностью ее ко многим нозологическим формам, а с другой — большим разнообразием проявле-

ний депрессивных состояний (степень выраженности, характер течения, продолжительность, влияние на трудоспособность и т.д.). Литературные данные говорят о большом различии нозологических форм с проявлениями депрессии, о важности тщательного дифференциального диагноза, о значении личностных особенностей (*Тревелл, Симонс, 1989*). Некоторые авторы рассматривают депрессию как своего рода болезнь цивилизации, подчеркивая большую роль стрессовых факторов в ее возникновении. Депрессии могут возникать при эндогенных психозах, а также в результате соматических и церебрально-органических заболеваний, стрессовых воздействий (*Руководство по психиатрии, 1990; Смуглевич, Козырев, Сыркин, 1997*). Несмотря на значительное количество работ, посвященных клинике, дифференциальной диагностике, патогенезу, лечению и профилактике депрессивных состояний, многие вопросы остаются либо не исследованными, либо чрезвычайно дискуссионными. Даже при диагностике самого депрессивного состояния возникают определенные трудности в связи с большим количеством атипичных, соматизированных, «маскированных» форм депрессий.

Организация лечебных мероприятий при депрессивных состояниях ограничивается применением антидепрессантов, что нередко приводит к учащению депрессивных приступов, переходу их в противоположную маниакальную фазу, или же к появлению стертых (скрытых) депрессий (*Руководство по психиатрии*, 1990). Депрессивный аффект представляет собой одну из форм эмоционального реагирования человека, отличаюсь от естественных эмоций значительно большей продолжительностью и суицидальным риском, а также нередко сочетанием с рядом других психопатологических феноменов. Как и любое другое эмоциональное состояние, депрессия складывается из трех компонентов: субъективные переживания отрицательного аффекта и симптомов его выражения в поведении, мимике, жестах; определенные сдвиги во внутренней среде организма, которые зависят от конституционально-личностных особенностей индивида; и патогенетические механизмы, лежащие в основе заболевания (эмоционального нарушения). Именно эти механизмы и определяют своеобразие депрессии (ее модальность, тяжесть, дополнительные психопатологические симптомы, характер течения и др.) в каждом отдельном слу-

чае, а также нозологическую специфичность депрессивных состояний (Морозов, 1988).

В классификации DSM–IV (R) в разделе «Депрессивное расстройство» выделяют: I. Большое депрессивное расстройство (единичные эпизоды; рекуррентные); II. Дистимическое расстройство (с ранним началом; с поздним началом; с атипичными симптомами); III. Депрессивное расстройство неуточненное (*Diagnostic and Statistical.....*, 1995).

Диагностика депрессий должна осуществляться, исходя из установленных строгих клинических критериев. В МКБ-10 в 5 подразделе «Психические расстройства в общей медицинской практике» выделены 10 диагностических критериев депрессии: Основные: 1. пониженное или печальное настроение; 2. утрата интересов или чувства удовольствия. Дополнительные: 1. нарушение сна; 2. чувство вины или низкая самооценка; 3. утомляемость или снижение активности; 4. трудности при сосредоточении; 5. возбуждение или заторможенность движений или речи; 6. расстройства аппетита; 7. суицидальные мысли или действия; 8. снижение полового влечения.

Для верификации депрессии в клинической симптоматике больного должны занимать веду-

щее место два основных проявления депрессии, которые длятся не менее двух недель и сочетаются не менее чем с четырьмя дополнительными симптомами (*Психические расстройства.....*, 1997). Таким образом, при депрессии в патологический процесс вовлекаются эмоциональная, интеллектуальная, волевая и телесная сферы.

Депрессии, проявляющиеся соматовегетативными расстройствами, называют «маскированными», соматизированными, соматогенными, скрытыми, вегетативными, латентными, «депрессиями без депрессии», «смеющимися депрессиями» (*Kielholz*, 1973).

Наибольшие трудности в диагностике испытываешь, столкнувшись именно с атипично протекающими, соматизированными депрессиями. Эти виды депрессии встречаются в соматических и неврологических стационарах наиболее часто, так как протекают, как правило, под «маской» какого-либо соматического заболевания (*Смулевич, Козырев, Сыркин*, 1997). При этом больной может не жаловаться активно на плохое настроение, угнетенность или снижение жизненных интересов. Собственно симптомы депрессии скрыты и неочевидны.

Наиболее часто масками депрессии служат нарушения сна; нарушение аппетита и веса тела;

нарушение полового влечения; хронические болевые синдромы; атипичные панические атаки (ПА); перманентные вегетативные расстройства (*Вегетативные расстройства...*, 1998; *Вейн А.М., Дюкова Г.М. и др.*, 1997).

Учитывая, что у нашего контингента больных наиболее часто встречаемой жалобой был болевой синдром, остановлюсь на этом подробнее. Известен факт, что при хронической боли надо прежде всего искать депрессию. Поэтому очень важно определиться, с какой болью мы имеем дело. Острая боль, как правило, является симптомом какого-либо органического страдания. Напротив, боль хроническая — это болезнь, при которой решающее значение имеет не морфологическое повреждение тканей, а дефектность восприятия. Хронический болевой синдром может наблюдаться в клинической картине любой депрессии (*Вейн А.М., Авруцкий Г.Я. и др.*, 1997). Симптомы депрессии при хронической боли могут быть очевидными, однако чаще всего хронический болевой синдром — это «маска» депрессии и собственно депрессивная симптоматика выступает в атипичной форме и скрыта за доминирующей в клинической картине болью. Подобная «родственность» боли и депрессии объясняется общими звеньями патогенеза.

Клинический пример: пациент М., 37 лет, беженец из Афганистана. Приехал в Россию в 1992 г., женат, 5 детей, образование высшее, в прошлом педагог. В настоящее время не работает. Обратился к врачу общей практики с жалобами на постоянный болевой синдром: боли в области шеи, предлопаточной зоне, в правой руке, головные боли. Боли появились после того, как пациент был избит. Получал медикаментозную терапию. Лечение без эффекта. Во время первой консультации выясняется, что у пациента имеются нарушения сна в форме ранних пробуждений (в 3—4 ч. утра), потеря интереса к жизни. Прибавка веса, жалобы на снижение памяти. Сам М. объясняет все сильным болевым синдромом (как следствие перенесенной травмы), который мешает ему спать и в результате которого он вынужден вести малоподвижный образ жизни. В дальнейших беседах выясняется наличие повышенного аппетита (частая реакция на стресс) и как результат — прибавка веса, рассеянное внимание. Характерно то, что все эти симптомы имели место до травмы, но больной не обращал на них внимания. Таким образом, депрессивная симптоматика присутствовала задолго до произошедшего инцидента, но после травмы появилась еще и боль, которая стала его постоянным

спутником. И эта боль усиливает имеющуюся депрессию, что, в свою очередь, усугубляет боль. Получается замкнутый круг. На фоне депрессии возникает болевой синдром, усиливающий депрессию. И для того чтобы разорвать эту цепочку, необходимо воздействие как на боль, так и на депрессию.

Хроническая боль как проявление «маскированной» депрессии может локализоваться практически в любой части тела. Нередко у наших больных имело место сочетание нескольких локализаций. Наиболее актуальными являются цефалгии (головные боли), кардиалгии (боли в области сердца), абдоминалгии (боли в области живота) и боли в спине хронического течения.

Для более точной диагностики были разработаны *клинические критерии хронической боли* (Вейн, Авруцкий и др., 1997).

1. *Длительность боли* — не менее 3—6 месяцев.

2. *Продолжительность* — постоянная либо эпизодическая, но возникающая не менее 15 дней в течение месяца.

3. *Характер боли* — монотонная, периодически усиливающаяся до силы приступа; тупая, ноющая, сдавливающая — маскообразная, разрывающая.

Нередко ощущения формируются в иных, чем «боль», терминах, например, голова — «несвежая», «тяжелая», «ватная», «дурнота в голове» и т.д.

4. *Сенестопатическая окраска боли* — жжение, «шевеление чего-то под кожей», «обмороженность», чувство холода, «обдирающая» боль.

5. *Локализация боли* — при активном расспросе выясняется, что локализация болей шире, чем казалось первоначально. Например, у больной с частыми головными болями выявляются предменструальные боли; боли в области шеи, межлопаточной области, в левой половине грудной клетки; эпигастрии.

6. *Болевой анамнез* — в анамнезе эпизоды болей в разных частях тела; хронические или драматические болевые синдромы наблюдались в детстве у близких родственников.

7. *Проторенные пути* — нередко дебют болей после травмы, повторных оперативных вмешательств, инфекционных поражений (опоясывающий лишай), соматических заболеваний (перенесенный инфаркт миокарда).

8. *Характерное синдромальное окружение* — большую часть времени ощущение слабости, утомляемости; нарушение сна (инсомния либо гиперсомния); снижение либо повышение аппети-

тата; существенные колебания веса тела, в сторону как его увеличения, так и снижения; снижение либидо, вторичная аноргазмия; вегетативная дисфункция (диспноэ, неинфекционный субфебрилитет, ощущение тошноты, несистемное головокружение).

Если остановиться на *кардиалгиях*, то боли в левой половине грудной клетки — нередко единственный симптом, на который может жаловаться больной с «маскированной» депрессией. Больные фиксированы на своих болевых ощущениях, обычно воспринимают их как заболевание сердца, подавленное настроение считают вторичным и в связи с этим обращаются за помощью прежде всего к терапевтам. Болевые ощущения в области сердца по своему характеру могут имитировать приступы стенокардии, но при этом не имеют связи с физическими нагрузками, не сопровождаются изменениями на электрокардиограмме, не купируются под влиянием специфических препаратов (нитроглицерин).

Боли могут быть достаточно изменчивы, носить монотонный характер или, напротив, сопровождаться образностью и демонстративностью при описании («грызет сердце», «сердце стянуто обручем», «камень на сердце»). Обычно усиление кардиалгий, как и любых других психалгий,

связано со стрессами, обострением конфликтных ситуаций, ухудшением эмоционального состояния.

Абдоминалгии при маскированных депрессиях нередко сочетаются с другими симптомами со стороны желудочно-кишечного тракта: сухостью или неприятным привкусом во рту, тошнотой, изжогой, отрыжкой, метеоризмом, запорами или, напротив, диареей. Наблюдаются расстройства аппетита в виде анорексии, которую пациент упорно связывает с соматическим заболеванием желудочно-кишечного тракта. При выраженности анорексии может наблюдаться значительное похудание. Боли в животе обычно не имеют связи с приемом пищи, могут носить монотонный многолетний характер или сопровождаться вычурными необычными ощущениями. Локализация абдоминалгий может меняться. При маскированных депрессиях нередко развиваются такие заболевания желудочно-кишечного тракта как синдром раздраженной толстой кишки, хронические гастриты, гастроэнтериты, энтероколиты.

Одной из наиболее частых причин болей в спине и шее является *миофасциальный болевой синдром* (боли в мышцах) (*Тревелл, Симонс, 1989*). Депрессия может быть одним из ведущих факторов формирования хронического миофас-

циального болевого синдрома, при котором характерны: напряженные, болезненные при пальпации мышцы с участками еще большего уплотнения; наличие в напряженных мышцах активных триггерных точек; активные триггерные точки должны проецировать боль в специфичные, подчас достаточно удаленные зоны (зона отраженных болей). Триггерные точки снижают сократительную способность мышцы, поддерживают ее напряжение и препятствуют релаксации, весьма болезненны при пальпации. Под влиянием депрессивной симптоматики, очевидно, меняется привычный стереотип движений (вспомним выражение «его согнуло горе»). При этом мышцы находятся в напряженном состоянии, не происходит их необходимой релаксации, что может способствовать развитию миофасциальных болей.

В последнее время важную роль в развитии именно соматизированного варианта депрессии отводят такой личностной черте как *алекситимия*. Алекситимия впервые была описана П.Сифнеос и включала неумение больного идентифицировать и описать свои ощущения, то есть вербализовать свои душевные переживания и эмоции; неспособность дифференциации чувств и телесных ощущений (*Sifneos, 1972*). Многие

аффективные переживания имеют свои телесные эквиваленты. Например, ощущение тяжести в груди свойственно тоске, ощущение сосания под ложечкой, наблюдающееся при голоде, может сопровождать ощущение тревоги и страха. Как правило, человек без выраженных алекситимических проявлений всегда достаточно точно различает тяжесть в груди соматического и аффективного характера, голод и тревогу. Больные с выраженными проявлениями алекситимии затрудняются это сделать. В связи со сложностью вербализации и бедностью языка им бывает гораздо проще «соматизировать» свои ощущения. «Язык тела» оказывается для подобных личностей более доступным средством самовыражения и коммуникации. Наличие алекситимии весьма затрудняет общение с больным и делает сложным даже выявление типичной депрессии. При затруднениях вербального контакта следует больше внимания уделять невербальным признакам депрессии: амимичное, невыразительное лицо, замедленные речь и движения, тусклый, лишенный интонации голос, предпочтение одежды темных неярких тонов.

Обычно больные со скрытой депрессией имеют длительную историю своего заболевания, они безрезультатно, но упорно обращаются к

врачам разных специальностей. Им проводят многочисленные обследования, которые не подтверждают ни соматического, ни неврологического органического заболевания. Это больные, которые, несмотря на многочисленные обследования, не имеют определенного диагноза. Нередко их лечат симптоматически, пытаясь нивелировать отдельные соматические или вегетативные проявления. Лечение оказывается безрезультатным, и пациенты продолжают обращаться за помощью.

Приведу еще один пример соматизированной депрессии.

Пациентка К., 55 лет, обратилась с жалобами на сердцебиение, боли в области сердца, нехватку воздуха, плохой сон, вспышки агрессии.

Из анамнеза: муж умер 10 лет назад, четверо детей. Пять лет назад покинула родину (Афганистан) и переехала с двумя детьми в Россию. Двое других детей уехали в Пакистан. Детство прошло в Кабуле в удовлетворительных условиях. Отец — суровый и требовательный человек. Мать — мягкая, заботливая, опекала детей. По характеру К. была спокойной, уравновешенной, сдержанной. Была привязана к матери и старшей сестре. Замужем с 17 лет. Отношения с мужем всегда были хорошие, уважительные. Тяжело пережи-

вала его смерть. После приезда в Россию постоянно тосковала по дочерям, сестре, по родине. Не могла привыкнуть к людям, к языку, «все чужое». Год назад сестра заболела и умерла. Несколько месяцев испытывала чувство тоски, постоянно думала о сестре, плакала, вспоминала эпизоды из ее жизни. Постепенно состояние несколько улучшилось, но постоянно думала о своем тяжелом материальном положении, о бесперспективности будущего для нее самой, и, особенно, для детей. Обратилась к врачу из-за постоянной тяжести в области сердца, боязни умереть от «разрыва сердца».

Соматический статус: внутренние органы без патологии. Артериальное давление 140/80 мм рт.ст., что характерно для ее возраста, наблюдалась зависимость от эмоционального состояния. Неврологический статус: без симптомов очагового поражения ЦНС.

Психическое состояние: охотно вступает в контакт и рассказывает о своем состоянии. Жалуется на подавленность, тяжесть в душе. Настроение не связывает с какой-то определенной ситуацией. Плохо спит, засыпает с трудом, часто просыпается с неприятным сердцебиением, при этом испытывает тревогу, беспокойство. Ничем, кроме домашних дел и своего здоровья, не интересуется.

В данном случае начало заболевания по времени совпадает со смертью сестры, однако депрессивная симптоматика («тоскливость», «слезливость», нарушения сна) наблюдалась и раньше. Больная обратилась за помощью, только когда ее стали беспокоить «соматические» расстройства. Речь здесь идет о хронической психогенной депрессии с соматическими симптомами.

Лечение депрессивных расстройств включает биологические, психотерапевтические и социальные формы воздействия. Безусловно, основным методом лечения, особенно на острие аффективных нарушений, является психофармакотерапия, в частности, применение антидепрессантов. Выбор психофармакологических препаратов основывается на выявлении ведущих клинических симптомов, понимании патогенетических механизмов формирования депрессий и должен также учитывать возраст, пол и соматическое состояние больного. Возможные ошибки в лечении депрессий обусловлены: неправильным выбором препарата, слишком малыми дозами антидепрессантов или их медленным наращиванием (привыкание наступает быстрее, чем терапевтический эффект); необоснованно быстрой сменой препаратов при отсутствии терапевтического эффекта («терапевтическая» концентрация большинства антидепрессантов в крови при пероральном приеме достигается на 10—14

день лечения); полипрагмазией, нерациональным сочетанием нескольких психотропных средств, особенно в недостаточных дозах. Адекватность терапии зависит от правильности определения «симптома-мишени», генеза и тяжести депрессивного состояния.

Антидепрессанты — основная группа психофармакологических препаратов, применяемых в лечении депрессивных расстройств. Относительно легко протекающие неврозоподобные, циклотимические, маскированные или реактивные депрессии также являются показанием для их назначения, хотя и в уменьшенных дозах. Для достижения терапевтического эффекта необходимо в кратчайший срок подобрать индивидуальную дозу, которая способна вызывать антидепрессивное действие без выраженных побочных эффектов. Устойчивая тенденция к улучшению состояния в первые две-три недели терапии свидетельствует об адекватном выборе препарата и его дозировки (*Авруцкий, Недува, 1988*).

При наличии жалоб на хронические боли, нарушение сна и аппетита, повышенную утомляемость и раздражительность, трудности сосредоточения внимания, сниженную работоспособность, даже при отсутствии собственно депрессивных жалоб, можно предположить депрессию. При этом нужно помнить, что прежде, чем ква-

лифицировать депрессию, необходимо исключить соматическую или неврологическую патологию.

ЛИТЕРАТУРА

- Авруцкий Г.Я., Недува А.А.* Лечение психически больных: Руководство для врачей. М., 1988.
- Вегетативные расстройства / Под ред. А.М.Вейна. М., 1998.
- Вейн А.М., Дюкова Г.М.* и др. Панические атаки. М., 1997.
- Вейн А.М., Авруцкий Г.Я.* и др. Боль и обезболивание. М., 1997.
- Морозов Г.В.* Основные симптомы психических расстройств // Руководство по психиатрии. М., 1988. Т.1.
- Психические расстройства в общей медицинской практике. Диагностика и лечебно-профилактические мероприятия МКБ—10. М., 1997.
- Руководство по психиатрии / Под ред. Г.В. Морозова. М., 1990. Т. 1, 2.
- Смулевич А.Б., Козырев В.Н., Сыркин А.А.* Депрессии у соматических больных. М., 1997.
- Тревелл Дж. Г., Симонс Д.Г.* Миофасциальные боли. М., 1989. Т. 1, 2.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM—IV). Washington DC, 1995.
- Kielholz P.* Opening address: Psychosomatic aspects of depressive illness — masced depression and somatic equivalents // Mask depression. Stuttgart, 1973.
- Sifneos P.E.* Psychotherapies for psychosomatic and alexithimic patients? // Psychther. Psychosom. № 40. 1972. P.66—73.

Л.А.Шайгерова

КРИЗИС ИДЕНТИЧНОСТИ В СИТУАЦИИ ВЫНУЖДЕННОЙ МИГРАЦИИ

В условиях глобальных перемен, захлестнувших в конце двадцатого столетия Россию, да и весь мир, все больше ученых обращаются к обсуждению идентичности, концентрируя свое внимание на переживаемом в обществе кризисе идентичности. Понятие «кризис идентичности» анализируется философами, социологами, психологами применительно ко всему обществу, к различным группам и слоям населения, а также к отдельной личности, «ведь всякий, кто хочет понять современный мир, едва ли достигнет своей цели, не постигнув логики кризиса идентичности» (Хесле, 1994, с.112). Хотя часто речь идет о «кризисе идентичности» современного общества в целом, существуют категории людей, оказавшихся в такой социальной ситуации, когда избежать негативных трансформаций идентичности практически невозможно — к таким категориям относятся и вынужденные мигранты. Психологический анализ преобразований идентичности у вынужденных мигрантов представля-

ется нам чрезвычайно важным, так как он позволяет разработать адекватные способы, пути и направления эффективной адаптации этой группы людей.

Психическое здоровье вынужденных мигрантов подорвано пережитыми ими событиями, ставшими причиной отъезда: преследованиями, военными действиями, моральным вытеснением, лишениями, потерями. В результате перенесенных травм у мигрантов зачастую развивается посттравматическое стрессовое расстройство, возникают психосоматические симптомы и заболевания, теряется смысл жизни, обостряется чувство тупика и постоянной опасности. Трагические события на родине, в результате которых большинство из них поменяли место жительства, оставили глубокий след в их душах. Тем не менее, в ряде исследований было показано, что на психическое здоровье вынужденных мигрантов значительно большее воздействие оказывают не события, явившиеся причиной переселения, а первые годы пребывания в новой стране (Westermeyer, Vang, Neider, 1983; Beiser, Turner, Ganesan, 1989). Культурный шок, стресс, связанный с адаптацией в новой среде, усугубляет психологические проблемы вынужденных мигрантов.

Проведенные исследования и опыт оказания психологической помощи различным категориям вынужденных мигрантов — беженцам, вынужденным переселенцам, лицам, ищущим убежища, из дальнего и ближнего зарубежья, разной этнической и религиозной принадлежности, — показали, что попадание личности в новую социокультурную среду наряду с общим ухудшением психического здоровья неминуемо приводит к серьезным трансформациям идентичности (Солдатова, 1998; Солдатова, Шайгерова, 2000). Существование нескольких миграционных потоков в России дает возможность выявить трансформации идентичности как у иностранных мигрантов, так и у русскоязычных мигрантов из республик бывшего СССР. В свою очередь, возникающие у вынужденных мигрантов негативные преобразования структуры идентичности становятся основным препятствием на пути психологической адаптации личности к новым условиям.

Как правило, трансформации идентичности возникают у вынужденных мигрантов еще до переезда. В каждом конкретном случае принятие решения о вынужденной миграции обусловлено действием различных факторов, наиболее значимыми и трагическими среди которых, конечно

же, являются военные действия в местах исхода мигрантов, представляющие угрозу человеческой жизни. Человек, ставший свидетелем войны, кровопролитий, потерявший родных и близких, коренным образом переосмысливает нормы и ценности существования. При этом неминуемо изменяется как самоотношение, так и отношение к окружающим. При попадании в «мирную», безопасную среду повседневные проблемы окружающих кажутся мелкими и незначительными; если кто-то не имеет сходного жизненного опыта, он воспринимается неспособным понять человека, пережившего трагические события и так много потерявшего в своей жизни.

Следующий удар по идентичности личность вынужденного мигранта получает в ходе приспособления к условиям жизни в новой социокультурной среде. Именно на этапе адаптации начавшиеся до переезда преобразования идентичности становятся критическими. Вынужденный мигрант делает для себя два важнейших открытия, имеющих драматические для личности последствия — он начинает, во-первых, осознавать свою непохожесть на местное население и, во-вторых, остро чувствовать свою ненужность и бесполезность.

Первое из этих «открытий» совершается независимо от того, насколько близки или далеки культуры и этносы мигрантов и принимающих сообществ. Так, оказавшись в России, беженцы из Афганистана обнаруживают различия в обычаях, традициях, поведении русских и афганцев. Стараясь сохранить традиционный образ жизни, они встают перед необходимостью разрешения конфликта между своей и новой культурами. На первый план выходят различия в религиозных взглядах, так как принадлежность к исламу, исповедуемому афганцами, определяет всю жизнедеятельность, весь образ жизни человека. Соблюдение рамазана, полный отказ от алкоголя, узаконенное Кораном многоженство — все то, что раньше не подвергалось сомнению и считалось единственно верным, вызывает в России недоумение и раздражение. Следование прежним нормам становится нелогичным и бессмысленным в новой культуре. Подвергаются сомнению традиционные представления о мужских и женских достоинствах. Так, если главными качествами для женщин в афганской культуре было умение хорошо готовить и содержать дом в порядке, то это не вызывает восхищения и не считается основным достоинством женщин в Рос-

сии, где большинство женщин совмещают «дом» и работу.

Осознание различий прежней и нынешней «среды обитания» неизбежно происходит и у русскоязычных мигрантов из бывших республик Советского Союза. Как это ни парадоксально, у русских переселенцев «культурный шок» выражен в неменьшей степени, чем у тех же афганцев, несмотря на то, что они вернулись на историческую родину. Именно у них возникает наибольший диссонанс между надеждами и реальной жизнью, так как их надежды на теплый прием не оправдались. Оказавшись в России, русскоязычные вынужденные мигранты ощутили себя совершенно чужими. Если, выезжая на территорию другой страны, иностранные мигранты хотя бы предполагают существование культурных различий, то русские переселенцы до переезда уверены, что они наконец-то окажутся среди «своих», поэтому осознание после миграции своих различий с местным русским населением наносит их самосознанию тяжелейшую травму.

Большинство русских переселенцев проживали среди инокультурного населения в течение либо всей жизни, либо ее большей части, что наложило определенный отпечаток на их внешний и внутренний облик. В процессе длительного проживания в иноэтнической среде русские

перенимали у коренного населения традиции, обычаи, рисунок вербального и невербального поведения (жесты, акцент, характерные возгласы). Тем не менее эти особенности не актуализировались в сознании русского населения ближнего зарубежья до переезда на территорию Центральной России. Только оказавшись в ситуации вынужденной миграции, русские переселенцы с удивлением обнаруживают наличие культурной пропасти между собой и местными русскими. Приходит понимание того, что русские «там» и русские «здесь» — это совершенно разные люди. Оказывается, что у русских мигрантов гораздо больше сходства с казахами, киргизами, узбеками, они впитали в себя лучшие традиции и обычаи этих народов, и в то же время, проживая среди инационального населения, старались не «запятнать» облик русского человека. Русские в России, по мнению русских вынужденных мигрантов, совсем другие, они «равнодушные, холодные, ленивые, завистливые, лицемерные, грубые, продажные, невнимательные». Лишь совсем немногие отмечают у местных жителей положительные качества: «отзывчивые, добродушные, порядочные». В свою очередь, в глазах местных жителей вынужденные переселенцы выглядят «агрессивными, раздражительными, нервными, недоброжелательными, недоверчивыми, неуверенными, забитыми, приспособлен-

цами, высокомерными, наглыми». Подобные взаимные представления двух категорий людей отражают высокую степень неприятия ими друг друга и обостряют отношения между мигрантами и местными жителями.

Отвержение со стороны местного населения, интолерантное отношение к «чужим», пришлым, непохожим, всегда существовавшее в сознании людей и особенно обостряющееся в кризисные для общества периоды, создает условия для развития у вынужденных мигрантов ощущения своей ненужности, бесполезности, невозможности обрести свое место в новой среде. Положение афганских беженцев усугубляется еще и тем, что в большинстве случаев их пребывание на территории России в соответствии с российским законодательством считается незаконным. Покинув свою родину, они оказываются вне гражданской принадлежности, не имея возможности легально устроиться на работу и обрести крышу над головой. Беженцы из Афганистана, кем бы они ни были у себя на родине — журналистами, врачами, офицерами, учителями, вообще не имеют возможности устроиться в России на работу никем кроме грузчиков или, в лучшем случае, торговцев на рынке. Ощущения себя вне закона, вне принадлежности к какому-либо государству, порождает у человека чувство собственного бес-

правия, незащитности, вседозволенности действий по отношению к нему.

Как правило, и русскоязычные вынужденные мигранты оказываются в ситуации невозможности удовлетворения важнейшей потребности — потребности в самореализации, в том числе профессиональной самореализации. Не более одной десятой части вынужденных переселенцев из стран СНГ имеют возможность устроиться работать по специальности, а более половины пополняют ряды безработных.

Жалобы на бессмысленность существования и опустошенность, предъявляемые вынужденными мигрантами при обращении за помощью, позволяют говорить о состоянии, названном В. Франклом «экзистенциальным вакуумом» или «переживанием бездны» (Франкл, 1990). Этиология экзистенциального вакуума, по Франклу, связана, во-первых, с тем, что у человека, в отличие от животного, нет инстинктов, подсказывающих, что ему *нужно* делать, а во-вторых — с тем, что в современном обществе «в противоположность прошлым временам никакие условности, традиции и ценности не говорят, что ему *должно* делать» (Франкл, 1990, с. 308). Особенно остро экзистенциальный вакуум переживают мигранты из культуры, далекой от культуры

принимающего общества. Так, беженцы из Афганистана, мусульманской страны, где существуют жесткие предписания, что следует и не следует делать мужчинам, женщинам, детям, родителям, молодым и старикам, оказавшись в России, не находят жестко заданных ориентиров, и, интуитивно пытаясь приспособиться к новой культуре, оказываются на перепутье, теряя прежнее «Я» и не обретая нового.

Результаты проведенных исследований и опыт психологического консультирования позволяют обнаружить проявления кризиса идентичности у вынужденных мигрантов на всех уровнях существования личности: собственно личностном, межличностном и межгрупповом.

1. Собственно личностный уровень

Пережитые события и попадание в новую среду приводят к серьезным трансформациям самоотношения. Те самохарактеристики, которые раньше казались важными, теряют свое значение, а в представление личности о себе встраиваются новые компоненты. Так, снижение социального статуса, незаконность положения, необходимость унижаться перед органами власти, незнание языка порождают страх и неуверенность у афганских беженцев, снижая ощущение собственной значимости и уменьшая чувство

собственного достоинства. Приобретенные ранее навыки, профессиональная квалификация становятся в России бесполезными. Самооценка резко падает, формируется негативное отношение к собственной личности: «Я ничего не знаю, не умею, не могу».

Не только в самосознании у иностранных мигрантов преобладает самоуничижительный комплекс, не в меньшей мере он выражен у русских. Проведенный контент-анализ самопредставлений показал, что в самосознании русских вынужденных мигрантов преобладает «комплекс самоуничижения»: ощущение собственной никчемности сочетается с чувством жалости к себе. Мигранты наделяют себя такими характеристиками как «беззащитный», «невезучий», «неудачник», «ранимый», «ненужный», «обездоленный», «бесправный». Происходит фиксация на собственной слабости, беспомощности, беззащитности. В целом негативные самохарактеристики по сравнению с обычными людьми значительно преобладают у вынужденных мигрантов, отражая снижение собственной ценности и значимости (Солдатова, 1998, с.334).

При этом самооценка личности становится неустойчивой, приобретает противоречивый характер — либо неадекватно завышается, либо

занижается. Результаты проведенных исследований показывают, что самооценка вынужденных мигрантов в ряде случаев значительно превышает нормативные значения. Подобные противоречия между завышенной самооценкой и превалирующим в самосознании самоуничижительным комплексом объясняются следующим. Ощущение никчемности и ненужности, уменьшая самооценку человека, возникает в связи с резким падением уровня жизни, изменением социального статуса, невозможностью найти свое место в новом мире. С другой стороны, объективные критерии — хорошее образование, достаточно высокое социальное положение и безбедное существование в прошлом, характерные для многих мигрантов, не позволяют самооценке опуститься. Ощущения неполноценности и собственной значимости сосуществуют, представление о себе теряет целостность, становится неустойчивым, разрушая личность и препятствуя успешной адаптации.

2. Межличностный уровень

Изменившееся самоотношение, а также психопатологические черты, зачастую формирующиеся у вынужденных мигрантов в результате пережитых событий, существенным образом влияют на их взаимоотношения с окружающими,

в том числе и с близкими людьми. Так как часто семейный круг становится единственным кругом общения вынужденных мигрантов, то, в первую очередь, это отражается на семейных отношениях. Вспыльчивость, раздражительность, агрессивность, обидчивость — качества, формирующиеся в результате вынужденной миграции, разрушают внутрисемейные отношения, приводят к ссорам, конфликтам, разводам. У афганских беженцев попытки приспособиться к новой культуре и перенять другой образ жизни порой приводят к печальным результатам. Мужчины-афганцы, оказавшись в России, начинают вести более свободный образ жизни, совершенно нетипичный для афганской культуры. Начиная употреблять спиртные напитки, они достаточно быстро алкоголизируются, теряют контроль над своими действиями. Женщины, стремясь быть похожими на европейек, тем самым раздражают своих мужей. В результате между супругами возникает взаимное непонимание, нарастает отчуждение, происходит охлаждение отношений. Растет непонимание между родителями и детьми. С детьми, которые гораздо быстрее родителей приняли существующие в новой культуре нормы и ценности, родителям становится сложнее найти общий язык. С детьми уже невозмож-

но общаться так, как это принято в афганской культуре. Они хотят быть похожими на своих российских сверстников, так же, как они, одеваться, проводить с ними время, что вызывает протест у их родителей. Таким образом, семья, которая в кризисной ситуации должна была бы выполнить роль надежной опоры, порой становится дополнительным источником проблем.

3. Межгрупповой уровень

Трансформируется отношение вынужденных мигрантов как группы к другим социальным, главным образом, этническим группам. Если говорить о русских вынужденных переселенцах, то, во-первых, осознается высокая степень близости с коренным населением места выхода (азербайджанцы, казахи, узбеки и т.д.) и высокая степень различия с местными русскими. Таким образом, границы собственной группы резко сужаются. Если раньше русские в ближнем зарубежье идентифицировали себя с русскими в целом, то, оказавшись в Центральной России, они начинают идентифицировать себя исключительно с «русскими из Казахстана», «русскими из Баку» в зависимости от того, откуда были вынуждены мигрировать, а понятие «типичный русский» становится размытым и не поддающимся определению. Во-вторых, отношение к обеим

противопоставляемым группам («коренное население места выхода» и «русские в России») характеризуется высокой степенью негативизма.

Большинство русскоязычных мигрантов приезжают в Россию из крупных городов, из столиц бывших союзных республик. Оказавшись в сельской местности, они растеряны и удивлены. Удивляет «беспробудное пьянство», неустроенный быт. Немного освоившись, мигранты начинают предпринимать попытки что-то изменить, приблизить свой образ жизни к городскому — проводят в дома воду, электричество. Подобная активность вызывает у местных жителей недоумение и раздражение: «Всегда так жили, и ничего», «Со своим уставом в чужой монастырь не ходят». Если же мигрантам удалось привезти кое-что с собой, это вызывает массу негативных эмоций у местного населения: «Какие же они беженцы — живут лучше нас».

Спустя несколько лет после проживания на новом месте ситуация не улучшается, и даже по истечении 5-7 лет русские мигранты испытывают «чувство одиночества», «недостаток дружеского общения» и ощущают себя «чужими» и «лишними». Бытует мнение, что если решены материальные и жилищные проблемы, остальные вопросы решатся сами собой. Однако многие из

тех мигрантов, которые получили жилье и устроились на работу, наиболее остро ощущают наличие вокруг себя «социального вакуума», сталкиваются с отсутствием взаимопонимания с соседями и сотрудниками, чувствуют себя выброшенными из жизни общества.

Таким образом, кризис идентичности у вынужденных мигрантов выражается в множественных преобразованиях, возникающих в структуре идентичности личности в результате событий, связанных с вынужденной миграцией и проявляющихся в отвержении собственного «Я». «Кто Я такой?» — главный вопрос, стоящий перед личностью, в силу тяжелых, подчас трагических обстоятельств, покинувшей родные места. Применение известного теста Куна-Макпартленда «Кто Я» показало, что самоопределение вынужденных мигрантов по сравнению с обычными людьми чрезвычайно затруднено (Солдатова, 1998). Анализ утверждений, полученных в результате теста, показывает, что уже само его проведение вызывает значительные трудности. Если в обычных случаях инструкция («Дайте 5 ответов на вопрос «Кто Я») практически не вызывает трудностей, и выполнение теста занимает минимальное количество времени, для вынужденных мигрантов сформулировать ответ

на этот вопрос оказывается сложной, а иногда и вовсе невыполнимой задачей. Более трети мигрантов дают только один ответ или не могут ответить совсем. Как бы защищая свою прежнюю идентичность, в новых условиях человек боится задавать себе этот вопрос, поэтому он застает его врасплох.

Направления психотерапии, которые как нельзя больше подходят для психологической помощи вынужденным мигрантам, задаются в гуманистической психологии: прежде чем определить, как дальше жить и что делать, следует выяснить, кто же Я такой. В этой ситуации главная задача психолога — помочь вынужденному мигранту собрать рассыпавшуюся идентичность из осколков, воссоздать ее целостный узор. В то же время узор этот уже никогда не будет прежним. Представление о себе станет иным, но важно прийти к его определенности и целостности. Для преодоления кризиса идентичности вынужденный мигрант должен осознать происходящие в нем и вокруг него изменения. Это можно сделать, попытавшись ответить на вопросы: Что во мне изменилось? Что никогда не станет прежним во мне? Как изменились мои близкие и как эти изменения повлияли на наши отношения? Подобное осознание уже станет первым шагом на

пути воссоздания идентичности, возрождения личности, обретения самого себя.

Следующий шаг в преодолении кризиса — поиск ответа на вопрос: «Что Я должен делать?» «Вопросы, задаваемые людьми в ходе поисков идентичности, реального Я и т.д., — это в очень большой степени вопросы долженствования: Что мне следует делать? Кем мне следует быть? Как мне следует разрешить эту конфликтную ситуацию» (Маслоу, 1999, с.109). Все эти вопросы перед личностью, вынужденно покинувшей родину, находящейся в поисках новой идентичности, стоят наиболее остро. Предоставить человеку возможность задуматься над тем, кто он такой, кем он был раньше и кем может стать в будущем, что соответствует его природе, его желаниям, потребностям, — значит помочь ему обрести путь к этическим и ценностным решениям, к более мудрым актам выбора, к должному (Маслоу, 1999).

Залогом успешной адаптации для вынужденных мигрантов также является установление дружеских связей, теплых отношений с окружающими людьми. Ответственность за это лежит как на местных жителях, так и на их новых соседях. Мигрантам, возможно, придется поступиться какими-то своими привычками и принци-

пами, а местные жители увидят положительные моменты в том, что среди них живут люди с иными традициями и обычаями, и это делает жизнь разнообразнее и интереснее. Когда обе стороны поймут, что противостояние бессмысленно, мигранты перестанут ощущать себя чужими, а местные жители почувствуют радость общения от немного непохожих на них, но все же очень близких им людей. Для развития конструктивных отношений между вынужденными мигрантами и местными жителями, их взаимного принятия необходима разработка и внедрение в социальную практику программ развития взаимной толерантности и позитивного взаимодействия.

ЛИТЕРАТУРА

- Маслоу А.* Новые рубежи человеческой природы. М., 1999.
- Солдатова Г.У.* Психология межэтнической напряженности. М., 1998.
- Солдатова Г., Шайгерова Л.* Кризис идентичности у вынужденных мигрантов из Афганистана // Мигранты из дальнего зарубежья. М., 2000. С.17—22.
- Франкл В.* Человек в поисках смысла. М., 1990.
- Хесле В.* Кризис индивидуальной и коллективной идентичности // Вопросы философии. 1994. № 10. С.112—123.
- Beiser M., Turner R., Ganesan S.* Catastrophic stress and factors affecting its consequences among Southeast Asian refugees // *Soc. Sci. & Med.*, 28: 183—194. 1989.

Westermeyer J., Vang T.F., Neider J. Refugees who do and do not seek psychiatric care: An analysis of pre-migratory and post-migratory characteristics // *J. Nerv. & Ment. Dis.* 171: 86—91, 1983.

Д.С.Старостин

ПРОБЛЕМА МОТИВАЦИИ К ПСИХОТЕРАПИИ У ВЫНУЖДЕННЫХ МИГРАНТОВ

Работая психологом-консультантом в Центре социально-психологической реабилитации беженцев и лиц, ищущих убежища, из дальнего зарубежья РОКК, я столкнулся с тем, что большинство первичных клиентов, никогда не отказываясь напрямую от предложенной помощи, нередко не приходят к психологу после первичной консультации.

Я задался целью проанализировать причины, которые заставляют клиентов не принимать предлагаемую им психотерапевтическую помощь, а также понять, каким образом можно было бы облегчить доступ беженцам и вынужденным мигрантам к психотерапии.

Прежде всего мне кажется важным обратить внимание на то, какими путями беженцы попадают на первичную психологическую консультацию и на характер их ожиданий. Во время первичной консультации необходимо тщательно исследовать и прояснить эти моменты. В зависимости от них должна строиться тактика работы с

каждым конкретным человеком в рамках первичной консультации.

Беженцы попадают на первичную психологическую консультацию несколькими путями. Во-первых, консультацию у психолога рекомендует или врач-терапевт, или врач-невропатолог, если обнаруживается, что симптомы, по поводу которых обращается тот или иной клиент к ним за помощью, имеют психогенную природу. Во-вторых, по направлению от организации, оказывающей гуманитарную помощь, для получения психологического заключения. В-третьих, по рекомендации знакомых или по собственной инициативе.

Наибольшую мотивацию и готовность к психотерапии обнаруживают, как это можно было бы естественно и предположить, беженцы, обращающиеся по рекомендации знакомых или по собственной инициативе. Но качество мотивации клиента к психотерапии определяется не только тем, каким путем он попадает на прием к психологу. При том, что практически все беженцы, обращающиеся к нам, по-настоящему страдают от тех или иных симптомов, многие из них сознательно или бессознательно мотивированы надеждой на получение вторичной выгоды, как то: прямое или косвенное получение материальной

помощи, помощи в разрешении тех или иных социальных вопросов, оказание поддержки в отношениях с теми или иными административными структурами, получение возможности выехать за границу и т.д. Не получив ожидаемого, они, как правило, уходят и больше не возвращаются. Обращающиеся с таким типом ожиданий могут рассматриваться как наиболее неперспективные для проведения психотерапии.

Те, кто обращаются к врачам-терапевтам, естественно ожидают получить прежде всего такую помощь, которая могла бы быстро и при минимуме «затрат» с их стороны устранить их физические страдания. Они изначально ориентированы на некоторое «таблетированное» лечение или, в крайнем случае, — на лечение «хирургическим ножом». После того, как врач-терапевт или невропатолог отправляет такого пациента на консультацию к психологу, а тот по-своему интерпретирует имеющиеся у него симптомы и предлагает психологическую помощь для их разрешения, беженец оказывается в сложной для себя психологической ситуации: его изначальные ожидания по поводу лечения не совпадают с реальностью. Для того, чтобы принять эту реальность, требуется определенное время.

К этому нужно добавить еще несколько штрихов. Во-первых, человеку, неосведомленному о психотерапии, крайне трудно понять, как симптомы, от которых он так сильно страдает, могут быть устранены только при помощи «разговора». Во-вторых, клиенты, в массе своей с недоверием относящиеся к психиатру или психологу, узнавая от специалиста о психогенном происхождении симптомов, начинают испытывать страх от того, что их признают «сумасшедшими» или они в конце концов окажутся «сумасшедшими», а также от того, что это может стать предметом огласки.

Наибольшую мотивированность к психотерапии проявляют клиенты, которые проходили психотерапию ранее или обладают какой-либо позитивной информацией о ней. Но даже среди них есть такие, кто имеет самые фантастические ожидания по поводу такой помощи. Часто и они испытывают большое разочарование, когда обнаруживают несоответствие своих ожиданий реальности, что может негативно сказываться на их актуальной мотивации к принятию предлагаемой психологической помощи.

Во всех перечисленных случаях и во многих других на первичной консультации клиенту нужно доступно разъяснять природу его сим-

птомов, роль и место психотерапевта и психотерапии, существо психотерапии, ее технические аспекты, целесообразность сроков, которые предлагаются. Таким образом, на первых этапах психологической работы с клиентом его внимание необходимо обратить на так называемый социализирующий момент интервью, что должно прежде всего сориентировать клиента относительно имеющихся терапевтических альтернатив. Даже при идеальной технике проведения социализирующей части клинического интервью всегда существует достаточно длительный срок между первичной консультацией и началом психотерапии. Такие рациональные разъяснения делают для первичного клиента более-менее понятными и прозрачными возможные результаты психотерапии.

Я склонен рассматривать проблему ожиданий беженцев как производную от более фундаментальных феноменов. Причина такого положения вещей заключается в наличии у них низкой первичной мотивации к получению психотерапевтической помощи, что целесообразно рассматривать как проявление особого вида сопротивления терапии. Вообще сопротивление можно определить как клинический феномен, интенсивность которого динамически изменяется во

времени, и который проявляется как стремление клиента тем или иным образом разрушать клиентские отношения. Известно, что существует большое количество разных видов сопротивления. Специфичность рассматриваемого нами заключается в том, что это прежде всего — первичное сопротивление, фактически действующее еще до начала каких-либо психотерапевтических мероприятий.

Глубинным источником такого сопротивления могут быть бессознательные параноидные фантазии клиента об угрожающих аспектах его внутренних отношений со значимыми другими, интернализированные клиентом в ходе онтогенеза. Такие фантазии, которые можно назвать интернальными факторами первичного сопротивления, заочно проецируются клиентом на предполагаемые им отношения с психологом, что инициирует у него сильную перед ними тревогу и естественное стремление их избегать. Само избегание так или иначе может рационализироваться (наиболее распространенная рационализация: «Я не понимаю, что мне может дать психотерапия и как психотерапевт может мне помочь?»).

Описываемые бессознательные фантазии, существующие у каждого человека, могут вообще проецироваться на любые отношения типа

врач—пациент. Такие проекции тем более усиливаются, когда речь идет об отношениях со специалистом, работающим в области психического здоровья, будь то врач-психиатр, психотерапевт или психолог. Психотерапевт же оказывается в наиболее уязвимой позиции. Если любой другой специалист может восприниматься клиентом как некий посредник, выдающий препарат или осуществляющий то или иное терапевтическое действие, и отношения с которым при этом оказываются на втором плане, то психотерапевт в качестве основного терапевтического средства как раз предлагает клиенту непосредственные с ним отношения.

Поэтому становится крайне важным, какие отношения и в какой форме предлагаются клиенту. Если эти отношения так или иначе подтверждают параноидные фантазии клиента, то первичное сопротивление естественным образом усиливается, и психологически снижается доступность психотерапии для клиента, и наоборот.

Безусловно, при анализе феномена первичного сопротивления необходимо принимать в расчет и внешние факторы. К ним относятся: расстояние до Центра психологической помощи; средства, затраченные на дорогу; наличие свободного времени у клиента; позиция близких

родственников; позиция референтной группы; длительность курса психотерапии; стабильность-нестабильность жизненного ритма человека, языковой барьер — то есть все, что внешним образом может препятствовать началу и развитию психотерапевтических отношений. Назовем все это в контексте обсуждаемой нами темы экстермальными факторами первичного сопротивления.

Мы неспособны влиять на подавляющее большинство экстернатальных факторов. Естественно, существует такая группа экстернатальных факторов, которая даже при достаточной мотивации клиента прочно может блокировать для него доступ к психотерапии. Например, если время на дорогу до Центра психологической помощи начинает превышать 1,5 часа только в одну сторону, или время начала психотерапии попадает на рабочие часы клиента, то это становится серьезным препятствующим фактором. Для наших клиентов часто затруднительно оплачивать проезд в городском транспорте. Не имея документов о регистрации, беженцы постоянно рискуют быть задержанными сотрудниками милиции, оштрафованными или помещенными в камеру предварительного заключения.

Экстернальные факторы — это то, что может преодолеваться преимущественно только самим клиентом, причем тогда, когда для этого у него существует достаточная мотивация к психотерапии. Такая мотивация позволяет клиенту идти на определенные затраты, а иногда и жертвы того или иного рода. Мы способны только лишь поддерживать и развивать имеющуюся у него мотивацию. Более того, поддержка мотивации к психотерапии становится одной из важнейших функций психолога.

По всей видимости, у каждого человека существует в том или ином виде стремление к «хорошим отношениям». Здесь мы оставим вне обсуждения вопрос о том, чем могли бы быть эти «хорошие отношения». Но мы можем, повторяя ранее упомянутое, сказать, что психотерапия и среда, в которой психотерапия осуществляется, как раз должны предлагать клиентам некоторые «хорошие отношения». Чем ближе предлагаемые отношения к «хорошим отношениям», тем меньше тревога и интенсивность первичного сопротивления клиента, порождаемые интернальными факторами, и тем меньшее значение имеют они для развития мотивации клиента к психотерапии. И наоборот, чем более провоцируются и подтверждаются параноидные бессоз-

нательные фантазии клиента, тем сильнее тревога клиента, порождаемая внутренними отношениями, тем большее значение приобретает структура внешних обстоятельств как препятствие к началу и продолжению клинических отношений.

Таким образом, с одной стороны, никоим образом не следует подтверждать параноидные фантазии клиента, а с другой — нужно предлагать нечто позитивное, что принципиально отличалось бы от обыденных отношений и в то же время имело с ними непосредственную связь. Помимо практической пользы, получение которой всегда в психотерапии приходит отсроченно, отношения психотерапевт—клиент должны нести нечто, что делало бы их интересными для клиента и превращало бы в источник удовольствия особого рода.

Качество взаимоотношений психотерапевта с клиентом определяется следующими моментами:

1. **Информационное обеспечение** деятельности службы психологической помощи: клиенты должны располагать информацией о том, что такая служба вообще существует, и в чем заключается сущность помощи, которую она оказывает. Это может обеспечиваться информационными стендами в местах частого посещения мигрантов, буклетами, брошюрами, литературой о

деятельности психологической службы. Эффективным могло бы быть задействование информационных ресурсов, которыми располагают сами диаспоры вынужденных мигрантов. Важно дополнительное информирование клиентов со стороны врачей, педагогов, социальных работников. С течением времени информация о деятельности службы психологической помощи распространяется самими клиентами, которые получали или получают психологическую помощь. Такое обеспечение, с одной стороны, первично репрезентирует саму службу, а с другой — оказывает влияние и на экстернальные факторы.

2. Согласованность между специалистами, ведущими медицинскую, психологическую и социальную работу, которая должна выражаться прежде всего в точности и непротиворечивости сведений, предоставляемых клиентам о психотерапии, а также — в особом непротиворечивом реагировании на поведение клиентов. Если работа с клиентами ведется через переводчика, то крайне важно внимание к ее техническим аспектам: в такой ситуации необходимо четко поддерживать разделение функций в диаде психотерапевт-переводчик.

3. Качество первичного интервью. Я уже говорил о значении социализирующего момента

в первичном интервью. Теперь стоит обратиться к другим техническим его аспектам. Точная диагностика типа психической организации и текущего психического статуса клиента позволяет сделать те или иные адекватные терапевтические назначения. Работа с первичными тревогами и ожиданиями дает возможность заинтересовать клиента предлагаемыми терапевтическими альтернативами.

4. Технические аспекты психотерапевтической работы. Стоит отметить, что в ходе собственно психотерапии естественным образом развиваются различные виды сопротивления, которые уже не относятся в полной мере к рассматриваемому нами вопросу о первичном сопротивлении; работа с ними идет через экстернализацию интернальных факторов сопротивления такими образом, что первоначально эгосинтонное сопротивление приобретает эгодистонное качество для клиента.

Таким образом, при наличии выраженных этнопсихологических и культурных особенностей у наших клиентов, в данный момент, основываясь на вышеприведенных рассуждениях, я склонен считать, что низкая мотивация вынужденных мигрантов к психотерапии может быть связана приблизительно с теми же причинами, которые снижают мотивацию к психотерапии у

клиентов, консультирующихся в обычных психиатрических и психологических службах.

Развитие сети психологической помощи вынужденным мигрантам

*Г.У.Солдатова,
М.В.Суслова,
Л.А.Шайгерова*

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ КРАСНОГО КРЕСТА ВЫНУЖДЕННЫМ МИГРАНТАМ ИЗ ЧЕЧНИ: ПРОБЛЕМЫ, ПОДХОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ

Начиная с 1991 г. в различные регионы России прибывают вынужденные мигранты из Чечни. Спасаясь от военных действий, эта категория людей пополняет самые обездоленные и уязвимые слои населения. Люди, вынужденные покинуть родные места, потерявшие близких, нажитое имущество, нуждаются в сочувствии и оказании им всесторонней помощи. Все меньшее число выехавших планирует вернуться назад, в

Чечню. Поэтому важнейшая задача социальных и общественных структур, занимающихся проблемами вынужденных мигрантов — помочь им адаптироваться в новых условиях жизни. Несмотря на то, что большинство внутренних вынужденных мигрантов относятся к русскоязычному населению, в процессе их адаптации возникает немало проблем. Даже этнические русские, возвращающиеся на историческую родину, не избавлены от сложностей привыкания к иной социокультурной среде (*Солдатова, Шайгерова, Черкасов, 2000*). Находясь в социальной изоляции от местного населения, они чувствуют себя брошенными на произвол судьбы, чужими и одинокими.

Естественно, что для оказания помощи вынужденным мигрантам необходимы немалые материальные средства. Однако наряду с материальной и социальной помощью в преодолении кризисных жизненных ситуаций им крайне необходима профессиональная психологическая помощь. У вынужденных мигрантов из Чечни, в течение нескольких лет являющейся полигоном военных действий, подорвано не только физическое, но и психическое здоровье. Подавляющее их большинство находится в состоянии острого или хронического посттравматического стресса,

справиться с которым самостоятельно очень сложно, а иногда и невозможно. Помочь вынужденным мигрантам адаптироваться к новым социокультурным условиям и преодолеть последствия посттравматического стресса способна правильно организованная, учитывающая специфику контингента, психологическая служба. В тех регионах, где зафиксировано наибольшее число лиц, прибывших из Чечни, остро стоял вопрос о включении системы психологической помощи в структуры, занимающиеся проблемами вынужденных переселенцев и беженцев. Поэтому решение Российского общества Красного Креста о формировании таких служб на базе своих региональных комитетов стало своевременным и актуальным.

Программа «Экстренная помощь РОКК перемещенным лицам на Северном Кавказе и Юге России» в 1999 г. начала осуществляться в 10 регионах Российской Федерации, принявших наибольшее число вынужденных мигрантов из Чечни: Астраханской, Ростовской, Саратовской и Волгоградской областях, Краснодарском крае, Ставропольском крае (г. Минеральные Воды), Ингушетии, Дагестане, Северной Осетии и Кабардино-Балкарии. За это время в 6 региональных приемных РОКК открылись кабинеты пси-

психологической помощи (Астраханской, Ростовской, Саратовской и Волгоградской областях, Краснодарском крае, Ставропольском крае (г. Минеральные Воды)). В каждом из регионов работу вели два психолога.

Первостепенными задачами при организации психологической части проекта были подбор и подготовка психологов-консультантов для работы в кабинетах психологической помощи в разных регионах РФ.

Перед психологами были поставлены следующие задачи:

(1) распространение информации среди вынужденных мигрантов о возможности получения ими психологической помощи и обоснование важности такой помощи;

(2) выявление основных психологических проблем вынужденных мигрантов;

(3) применение современных психотерапевтических и психокоррекционных подходов и методов для оказания психологической помощи вынужденным мигрантам в преодолении кризисных ситуаций, последствий пережитых событий и адаптации на новом месте.

Включение целого ряда регионов в сеть психологической помощи региональных приемных РОКК потребовало, как и при организации пре-

дыдущих этапов сети, ряда последовательных шагов:

1. Осуществлен подбор психологов-консультантов для работы в региональных приемных РОКК. При подборе психологов учитывалось наличие специального образования, опыт практической работы с детьми или взрослыми, желание работать с людьми, психическое здоровье которых подорвано вынужденной миграцией и сложностью адаптации в новых условиях.

2. Проведена предварительная разъяснительная работа с председателями региональных комитетов Красного Креста (объяснение целей проекта, задач, поставленных перед психологами; взаимосвязи этих задач с общими задачами региональных комитетов).

3. Подготовлен и 22—24 декабря 1999 г. проведен обучающий семинар для психологов, отобранных для работы в региональных приемных с целью включения их в общую деятельность РОКК по оказанию психологической помощи вынужденным мигрантам, ознакомления с историей и работой Красного Креста и обсуждения плана совместной работы в дальнейшем.

4. Участники проекта были обеспечены методическими материалами: психодиагностическими материалами и специальной литературой.

5. Налажены механизмы взаимодействия и постоянной обратной связи с регионами: предос-

тавление текущих отчетов, обмен информацией, телефонные консультации.

Мы детально проанализировали четыре месяца работы психологов Красного Креста в регионах оказания помощи вынужденным мигрантам. Подробный анализ начального этапа работы позволил нам не только лучше понять перспективы развития психологической сети РОКК для вынужденных мигрантов, но также выявить методологические и практические проблемы, возникающие при решении поставленных перед психологами задач. Надеемся, что для психологов, работающих в регионах, представленный здесь анализ их деятельности послужит не только поводом для размышлений, но также поможет ответить на некоторые вопросы.

В целом за отчетный период психологами региональных приемных принято 1790 человека. В зависимости от форм работы и активности психологов на местах общее количество принятых психологами вынужденных мигрантов из Чечни различается (данные представлены на рис. 1). Из общего числа психологами принято 397 детей и 1393 взрослых (см. рис. 3); женщин — 1098, мужчин — 296 (см. рис. 2). Индивидуальное консультирование прошли 1087 человек, семейное консультирование — 242 человека, в групповой работе участвовали 438 человек (см. рис. 5).



Рис. 1. Количество вынужденных мигрантов из Чечни, принятых психологами в регионах Российской Федерации



Рис. 2. Количество мужчин и женщин, принятых психологами

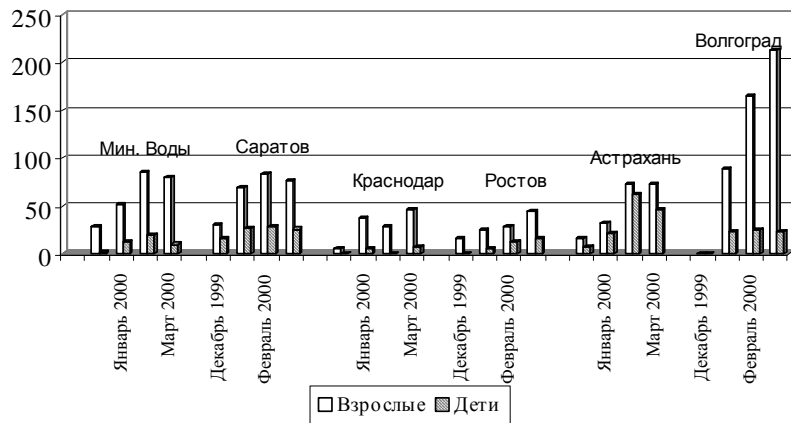


Рис. 3. Количество взрослых и детей, принятых психологами

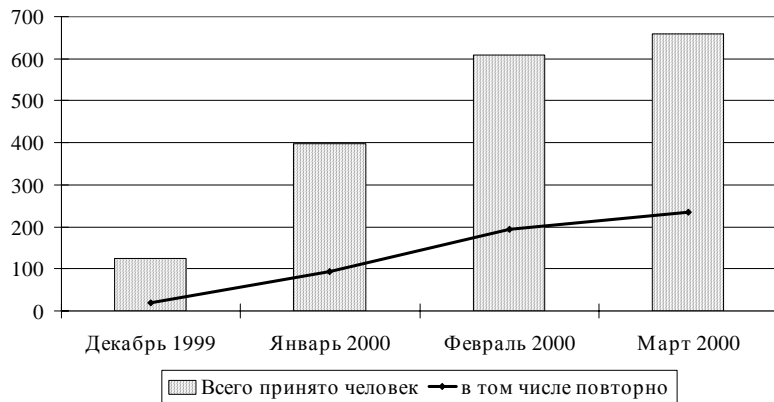


Рис. 4. Динамика приема психологами вынужденных мигрантов из Чечни (декабрь 1999—март 2000)

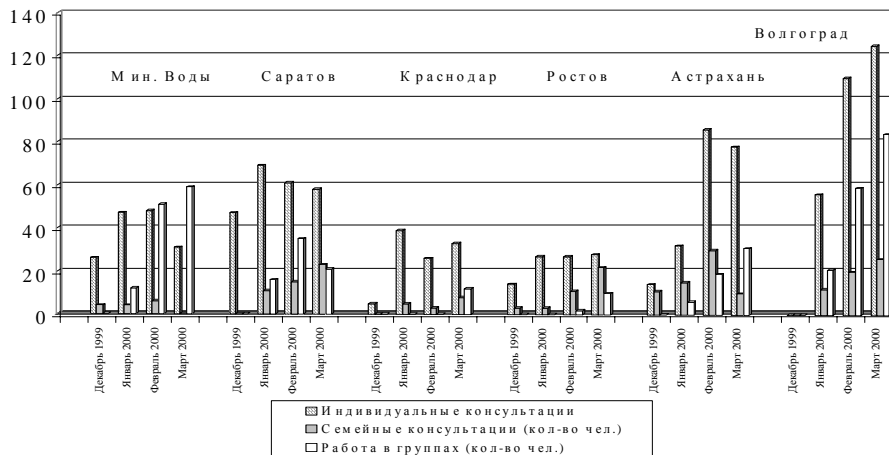


Рис. 5. Формы психологической работы с вынужденными мигрантами из Чечни

Динамика обращений вынужденных мигрантов к психологам свидетельствует об эффективности проведенной просветительской работы и об осознании клиентами наличия у них психологических проблем. Если в декабре 1999 г. психологами было принято 124 человека, то в марте 2000 г. общее число посещений составило 659 (больше чем в 5 раз) (см. рис. 4). Психологи ведут необходимую документацию для сбора и обработки информации и для отчетности (консультационные карты, журналы для записи клиентов, анкеты, данные психодиагностических обследований).

Практически по всем регионам отмечается рост числа мигрантов, неоднократно приходящих на прием к психологу (см. рис. 1). На основании проведенного сравнения результатов первичного и заключительного психодиагностических обследований психологи отмечают улучшение состояния своих клиентов, главным образом по следующим направлениям:

— Наблюдается снижение психосоматических симптомов: уменьшение головных болей, болей в сердце, уменьшение последствий контузий, нормализация чувствительности.

— В результате прохождения психологического консультирования клиенты отмечают улучшение настроения, сна, повышение жизнен-

ного тонуса, появление уверенности в своих силах, возросший оптимизм.

— После прохождения консультирования у вынужденных мигрантов формируется мотивация на поиск выхода из критических ситуаций.

Помимо индивидуального и семейного консультирования и проведения групповых тренингов, психологи региональных приемных Красно-го Креста, решая поставленные перед ними задачи, занимались также следующими видами деятельности:

- Распространение информации о службе психологической помощи РОКК для вынужденных мигрантов: сообщения в местных средствах массовой информации (в том числе по местному теле- и радиовещанию); информационные сообщения на стендах приемных РОКК, информационные листки о деятельности психологов.
- Психологическое просвещение вынужденных мигрантов: подготовка, организация и проведение лекций, бесед и семинаров с вынужденными мигрантами; выпуск информацион-

ных листов для вынужденных мигрантов.

- Лекции и семинары для работников Красного Креста и миграционных служб, занимающихся решением проблем вынужденных мигрантов.
- Выездные акции в места компактного проживания вынужденных мигрантов. Всего в пяти регионах проведено 32 выездные акции (пос. Лиман, с. Икряное, г. Ахтубинск (Астраханская область); пос. Рыбушка, г. Маркс, г. Вольск (Саратовская область); г. Тихорецк (Краснодарский край); г. Волгодонск (Ростовская область); г. Волжский, пос. Суровкино, Серафимовичский район, пос. Иловля (Волгоградская область). В ходе этих акций проводились встречи, беседы, консультирование вынужденных мигрантов.

В зависимости от проблем, с которыми обращались вынужденные мигранты к психологам, применялись различные формы и методы работы: индивидуальная работа, семейные консультации, групповые тренинги. Среди форм работы преобладает индивидуальное консультирование

(61 %). Психологическая помощь семьям (14% обратившихся), как форма работы, наиболее часто используется психологами в Астраханской и Саратовской областях. Групповой работой на данном этапе в целом было охвачено 25 % (см. рис. 6). Наиболее широко формы групповой работы используются в Ставропольском крае и в Саратовской области (рис. 5).

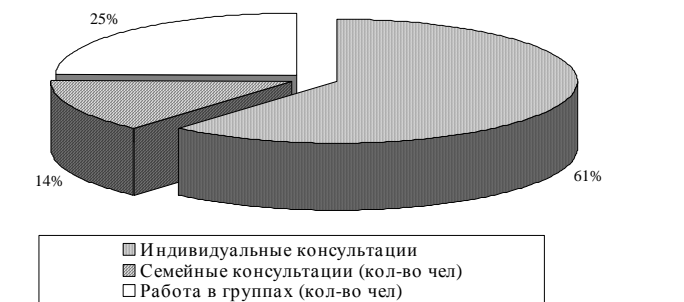


Рис. 6. Формы психологической работы с вынужденными мигрантами из Чечни

Психологами РОКК применялась комплексная *психологическая диагностика* состояния вынужденных мигрантов. Проводилась как первич-

ная, так и повторная психодиагностика. Психодиагностика — важнейшая составляющая часть работы с вынужденными мигрантами, так как ее применение позволяет, во-первых, выявить основные психологические проблемы человека, и, во-вторых, отследить динамику его состояния. Сравнение результатов первичного и последующих обследований позволяет оценить эффективность психологического воздействия.

В разных регионах применялись разнообразные методы работы в зависимости от типа проблем клиентов, квалификации и специализации психологов.

В *индивидуальной психокоррекционной* работе со взрослыми применялись методы: когнитивной психотерапии; психотерапии кризисных состояний (аксиопсихотерапии, рациональной психотерапии); нейро-лингвистического программирования; психорегуляции; обучения саморегуляции; обучения приемам лечебной гимнастики. *При работе с группами* использовались следующие методы: поведенческой психотерапии; гештальт-терапии; когнитивной психотерапии; суггестивной терапии; медитативно-гипнотический сон; релаксация. *При работе с детьми* применялись такие методы как сказкотерапия, арттерапия, цветотерапия, телесная терапия, психогим-

настика. *При групповой работе с детьми* проводились: коррекционные игры по восстановлению памяти, улучшению восприятия, внимания; тренинги по преодолению страхов; снятие психологических зажимов; коррекция волевой и эмоциональной сфер.

По собственной инициативе психологов в регионах разрабатывались и применялись специфические формы работы. Так, в Астраханской области получило развитие такое направление работы, как телефонное консультирование вынужденных мигрантов (за отчетный период проведено 129 анонимных телефонных консультаций).

Среди основных причин обращения вынужденных мигрантов за психологической помощью у взрослых выделяются следующие:

- *Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)*

Как показало психодиагностическое обследование, у подавляющего большинства вынужденных мигрантов ПТСР — наиболее часто встречающееся расстройство. Проявлениями ПТСР у вынужденных мигрантов являются бессонница, трудности с засыпанием, ночные кошмары, физическое и эмоциональное истощение.

- Психосоматические заболевания и симптомы

Среди наиболее часто встречающихся у вынужденных мигрантов психосоматических проявлений — мигрени, головокружения, боли в сердце, одышка, мышечно-суставные боли, расстройства желудочно-кишечного тракта, астматический бронхит. Встречаются и более тяжелые расстройства — судороги, парезы, истерическая глухота.

- Выраженные эмоциональные нарушения

Среди эмоциональных нарушений у мигрантов наиболее часто встречаются агрессивные проявления, тревожность, фобические состояния. Кроме того, для последней волны мигрантов становятся все более характерными противоположные вышеперечисленным нарушения: подавленность, безразличие, апатия, потеря веры в будущее. Это связано с ощущением собственного бессилия в решении проблем и отсутствием надежды на помощь властей.

- Когнитивные расстройства

Нарушения памяти, внимания, восприятия, мышления зачастую являются закономерными последствиями перенесенных травмирующих психику событий и проявлениями ПТСР у вынужденных мигрантов. Они доставляют человеку

массу неудобств, вплоть до того, что он начинает сомневаться в своей умственной полноценности.

- Затрудненная адаптация

Вынужденные мигранты ощущают себя социально изолированными от местного населения, чужими на новом месте, бесправными и беззащитными.

Помимо перечисленных, немаловажными являются и другие психологические проблемы: невозможность самореализации; ухудшение семейных отношений.

Картина, отражающая основные психологические проблемы взрослых вынужденных мигрантов из Чечни, представлена на рис. 7.

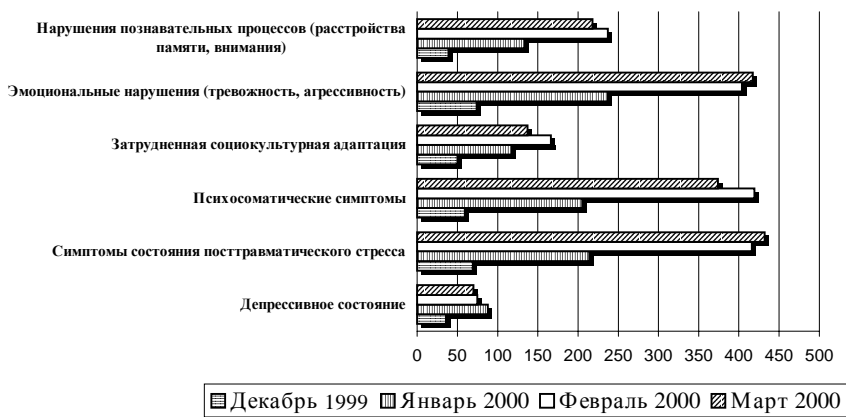


Рис. 7. Основные психологические проблемы вынужденных мигрантов из Чечни (взрослые)

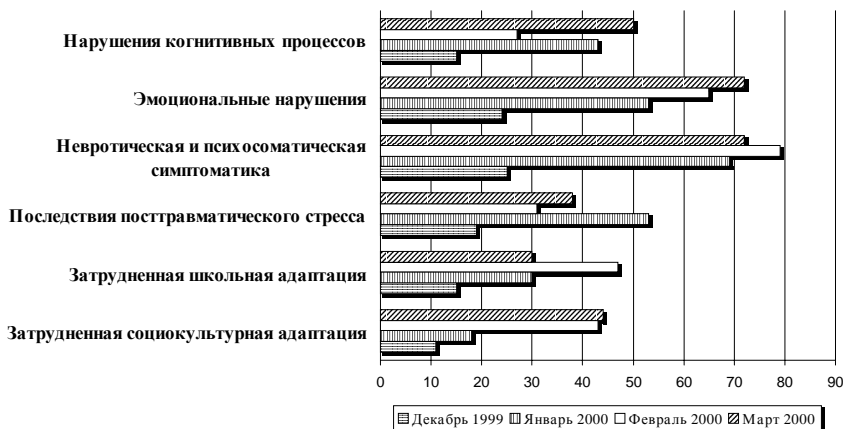


Рис. 8. Основные психологические проблемы вынужденных мигрантов из Чечни (дети)

Проблемы детей вынужденных мигрантов имеют свою специфику:

- Эмоциональные нарушения — агрессивность, тревожность, подавленность.
- Невротические реакции — распространен синдром стрессового истощения, фобические реакции, нарушения сна и аппетита.
- Затрудненная адаптация к новым социокультурным условиям, главным образом, к школе — наличие трудностей в обучении и неспособность с ними справиться.
- Нарушения когнитивных процессов — как и у взрослых, посттравматический стресс у детей зачастую проявляется в ухудшении памяти, снижении концентрации внимания, нарушениях мышления.

Помимо этих проблем у детей старшего школьного возраста реально стоит проблема профессионально-личностного самоопределения.

Картина, отражающая основные психологические проблемы детей вынужденных мигрантов из Чечни, представлена на рис. 8.

В ходе работы психологи активно взаимодействовали как с другими подразделениями проекта, так и с различными структурами, оказывающими помощь вынужденным мигрантам, в том числе постоянно осуществлялся обмен информацией с территориальными отделениями ФМС РФ, психологи получали необходимые для работы сведения о вынужденных мигрантах (уточнение списков, размещение вынужденных мигрантов по районам). Совместно с юристами и врачами РОКК осуществлялся выпуск информационных листов.

Среди основных трудностей, с которыми психологи сталкиваются в процессе своей работы, можно назвать следующие:

- Недостаточная методическая и техническая оснащённость кабинетов психологов.

- Материальные и бытовые проблемы вынужденных мигрантов препятствуют регулярному посещению ими психолога. Это затрудняет работу психолога с группами, эффективность которых связана, не в последнюю очередь, с систематическим их посещением.

- Отсутствие у большинства вынужденных мигрантов страховых медицинских полисов не дает психологам возможности направить в случае необходимости (например, для исключения

органической патологии) обратившихся к ним вынужденных мигрантов к врачу.

Анализ деятельности психологов региональных приемных Красного Креста за отчетный период позволил сделать следующие рекомендации:

(1) Психологическая поддержка, оказываемая вынужденным мигрантам, должна начинаться как можно раньше после переезда, быть непрерывной и доступной в течение достаточно длительного времени.

(2) Необходимо развивать и расширять групповые формы работы с вынужденными мигрантами, которые позволят обеспечить психологическую поддержку как можно более широкому кругу вынужденных мигрантов.

(3) Необходимо усиливать работу по семейному консультированию, позволяющему оказывать одновременную помощь как взрослым членам семьи, так и детям.

(4) Особое внимание следует уделить выездной работе психологов в местах компактного проживания с данной категорией лиц.

(5) С целью активизации внутренних ресурсов мигрантов, обучения их различным формам самопомощи и взаимопомощи, а также преодоления тенденций апатии, бездействия, иждивен-

чества, необходимо развивать направление работы под девизом «Помоги себе сам» в форме групп взаимопомощи, различных обучающих психологических программ.

(6) Необходимо интенсивное развитие психологической информационно-просветительской работы, подготовка и распространение информационных и просветительских брошюр и листовок.

(7) Для эффективной работы психологов с вынужденными мигрантами из Чечни, находящимися в состоянии посттравматического стресса, в ряде случаев необходимо обеспечить возможность взаимодействия психолога с невропатологом и психиатром для успешной реабилитации данной категории лиц.

(8) Важно расширять и укреплять взаимосвязи и сотрудничество с различными структурами, занимающимися проблемами вынужденной миграции, и находить совместные формы деятельности с целью реализации комплексного подхода в их решении.

(9) Для повышения эффективности работы психологов-консультантов необходимо обеспечить определенный уровень методического и технического оснащения кабинетов психологической помощи.

(10) Важно учитывать рекомендации психологов при организации самых различных видов работы с вынужденными мигрантами, включая, например, специфику гуманитарной помощи. В частности, психологи обращают внимание на полное отсутствие у детей игрушек, книг, развивающих игр, необходимых для умственного развития и улучшения эмоционального состояния детей.

(11) Географию проекта по оказанию психологической помощи следует расширить за счет включения в проект непосредственно самой Чечни, куда возвращаются ее жители, и Ингушетии, где сосредоточено наибольшее количество вынужденных мигрантов из Чечни.

Затянувшийся военный конфликт в Чечне свидетельствует о том, что существующая ситуация еще долгое время не потеряет своей актуальности. Тяжелое психологическое состояние, являющееся совокупным результатом стресса, пережитого в Чечне, и возникающих после переезда трудностей в процессе адаптации, негативно влияет на всю жизнедеятельность человека, оказавшегося в положении мигранта. Осуществление психологической части проекта показало, что психологическая помощь является необходимым звеном в комплексной системе помощи

вынужденным мигрантам. За достаточно короткий промежуток времени достигнуты ощутимые результаты, о чем свидетельствуют как полученные данные психодиагностики, так и субъективные мнения вынужденных мигрантов. И участники проекта, и эксперты, знакомые с его результатами, убеждены в необходимости его продолжения и развития.

ЛИТЕРАТУРА

Солдатова Г., Шайгерова Л., Черкасов П. Проблемы адаптации вынужденных мигрантов в России // Психологи о мигрантах и миграции в России: Информационно-аналитический бюллетень РОКК, № 1. М., 2000.

Опыт работы психологов: репортажи с мест

Н.В.Щекотихина,

*психолог Орловской областной организации РОКК
(Программа «Миграция населения»,
проект «Региональные приемные РОКК
для вынужденных мигрантов»)*

КОРРЕКЦИЯ СТРАХОВ У ДЕТЕЙ- МИГРАНТОВ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Жалобы родителей-мигрантов, обращающихся к психологу по поводу психологических проблем детей, в основном связаны с тем, что дети боятся «спать дома» или «оставаться в одиночестве». Помимо страхов, часто высказываются жалобы на «беспокойный сон» и «плаксивость» у детей. Причины возникновения подобных расстройств родители связывают с ситуацией военных действий на прежнем месте жительства (Чечня, Таджикистан). Следует также отметить, что дети становятся более пассивными, вместо непосредственности и открытости появ-

ляются настороженность и замкнутость; настоящее определяется травмирующим прошлым; у детей отсутствуют положительные эмоции. Проведенное исследование с помощью опросника страхов А.И.Захарова показало, что количество страхов у детей-мигрантов вдвое выше, чем у контрольной группы.

Нами была разработана специальная программа коррекции страхов у детей-мигрантов старшего дошкольного возраста — «Азбука общения». В задачи программы входило: развитие коммуникативных навыков; снижение числа страхов и ослабление чувства тревожности; формирование чувства доверия к окружающему миру. Программа рассчитана на 10—12 групповых занятий (группы по 5—7 чел.) продолжительностью 20—30 минут и включает следующие этапы: *ориентировочный* — установление эмоционально-позитивного контакта с детьми, знакомство детей между собой, ориентировка детей в игровой комнате; *коррекционно-развивающий* — актуализация и реконструкция конфликтных ситуаций, объективирование трудностей эмоционального развития в игре, снижение уровня страхов; *обобщающий и закрепляющий* — закрепление положительных результатов и создание условий для переноса позитивного опыта в реальную жизнь.

Применение программы позволило значительно снизить число страхов и уровень тревожности у детей, что подтвердилось результатами повторного диагностического обследования.

Е.В.Глебова,

*психолог Воронежского областного отделения РОКК
(Программа «Миграция населения»,
проект «Региональные приемные РОКК
для вынужденных мигрантов»)*

КРАТКОСРОЧНАЯ ПОЗИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В РАБОТЕ С ВЫНУЖДЕННЫМИ МИГРАНТАМИ

Воронежская область приняла несколько тысяч вынужденных переселенцев из Чечни, Казахстана, Таджикистана, Узбекистана, Киргизии, Эстонии. Обратившихся к нам за помощью вынужденных мигрантов объединяют трудности не только материальные, но и психологические. Наиболее тяжело приходится вынужденным переселенцам из Чечни. Пережитые события приводят к болезненным реакциям — у большинства наших клиентов наблюдались повышенная тревожность, раздражительность, бессонница, резкие перепады настроения, быстрая утомляемость, чувство страха. На приеме у психолога вынужденный мигрант из Чечни говорит: «Даже разговаривая с Вами, я думаю о жене и детях, я все время думаю, как бы с ними чего-нибудь не случилось, я очень боюсь их потерять. Нам здесь

ничего не угрожает, а мой страх не проходит, он всегда со мной».

Систематическая психологическая работа с мигрантами позволила нам выделить следующие этапы психотерапевтической работы:

1) Установление контакта «психолог — мигрант». Здесь преобладает спокойное выслушивание спонтанного изложения трудностей социального и морального характера, проблем, связанных с ухудшением здоровья, и т.д. В результате этих бесед (1—2) наступает обнадеживающе-седативный эффект и желание встретиться с психологом вновь.

2) Установление совместного понимания проблем, путей выхода, способов адаптации. Установлено, что большинство мигрантов видят только внешние обстоятельства в настоящих неудачах. Задачей психолога на этом этапе является раскрытие нереализованных внутренних резервов, подъем их значимости.

3) Построение единых планов терапии, адаптации, реабилитации, очередность их решений. С помощью психолого-психотерапевтических методик (моделирование эмоций, НЛП, упражнения АТ и др.) выстраиваются дальнейшие планы реабилитации (1—2 встречи).

4) Моделирование рисунка здорового поведения в новых условиях, выработка интерперсо-

нальных и социальных связей с использованием трансовой целевой психотехники и приемов потенцирующей ПТ (3—4 встречи).

5) Анализ и коррекция «неудач». Поиск новых способов адаптации с использованием приемов мотивированной аутопсихотерапии, самовоспитания, упражнений АТ (3—4 встречи).

Если вынужденные мигранты, проживающие в г. Воронеже, могут получить психологическую помощь и в региональной приемной РОКК, и в психоневрологическом диспансере, то у мигрантов, проживающих в селах области, не всегда такая возможность есть. Во время выездных акций в сельские районы области к психологу обращались вынужденные мигранты, испытывающие трудности в социокультурной адаптации, стресс, эмоциональные нарушения. Для работы с вынужденными мигрантами использовались техники краткосрочной позитивной психотерапии. Термин «краткосрочная психотерапия» относится к любой форме психотерапии, нацеленной на разрешение проблем клиентов в значительно более короткий срок и центрирующей внимание клиента на позитивных аспектах его жизни, его ресурсах для разрешения проблемы. Все люди обладают какими-то ресурсами (это навыки, способности, таланты, интересы, достойные восхи-

щения черты характера и т.д.), которые могут быть использованы при разрешении проблемы. Однако эти ресурсы могут остаться незамеченными, если не сфокусировать внимание на их выявлении.

Взгляд, что прошлый травматический опыт — это источник проблем в последующей жизни, конечно, имеет реальную основу. Это мнение, однако, не единственное. Существует противоположный взгляд, что прошлые тяжелые испытания — это ценный обучающий опыт. Мысль о своем прошлом как о ресурсе может помогать людям в достижении своих целей. Прошлое должно обсуждаться не как источник затруднения, а как ресурс.

В условиях ограниченных временными рамками выездных акций в районы Воронежской области техника краткосрочной позитивной психотерапии показала свою высокую эффективность.

***Е.Н.Азлецкая,
Е.Л.Менькова,***

*психологи Краснодарской краевой организации РОКК
(программа «Экстренная помощь перемещенным лицам на Северном Кавказе и Юге России»)*

КОРРЕКЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ВЫНУЖДЕННЫХ МИГРАНТОВ

Эмоциональные нарушения — одна из центральных психологических проблем мигрантов (рис. 1). Если своевременно не предпринять мер по стабилизации и коррекции эмоциональной сферы, то могут возникнуть различные формы социально-психологической дезадаптации.

Приведем ряд примеров оказания психологической помощи людям, испытывающим различные трудности, связанные с нарушением эмоциональной сферы. Коррекцию эмоциональных нарушений у вынужденных мигрантов мы проводим через отреагирование агрессии, работу с утратой, поиск ресурса, построение будущего, моделирование нового поведения. Применяются техники НЛП, психодрамы, сказкотерапии, ауто-тренинга и проективные методики.

Пример 1. На выездной консультации специалистов приемной Краснодарского комитета РОКК в г. Армавире по рекомендации юриста, у которого она вместе с бабушкой была на консультации, к психологу обратилась девушка пятнадцати лет (М.) с жалобами на мучавший ее повторяющийся сон. Во время рассказа М. чувствовала себя неуверенно, проявляла нервозность, плакала. Психолог попросила клиентку подробно описать чувства, которые у нее вызывает сон. М. описала их как состояние страха, гнева, парализующее ее действия. Подобные чувства вызывает любое общение с незнакомыми и малознакомыми людьми, особенно с мужчинами. М. не посещала школу, находилась в основном дома с матерью и бабушкой. Описывая свое состояние, М. нашла метафору — «внутри черный квадрат» и сделала рисунок на эту тему (см. рис.2).

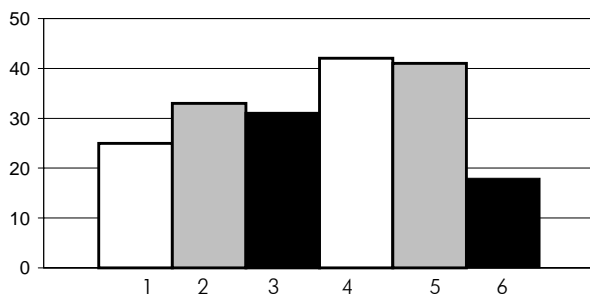


Рис. 1. Основные психологические проблемы вынужденных мигрантов:
 1. Депрессивное состояние; 2. Симптомы ПТСР; 3. Психосоматические симптомы;
 4. Затруднения социальнокультурной адаптации; 5. Эмоциональные нарушения;
 6. Нарушения познавательных процессов.

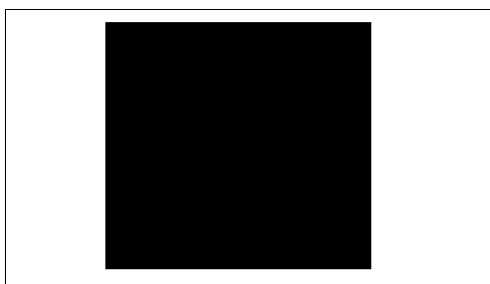


Рис. 2

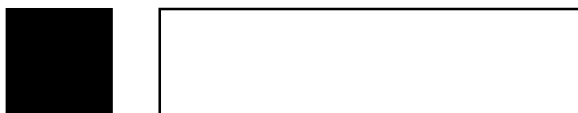


Рис. 3

М. описывала «черный квадрат» как мир, в которо она сейчас живет, в нем она не может никому доверять и «нет места свету, желаниям, действию», «одна ложь и опасность», «люди, которые могут с тобой что угодно сделать, и ничего не зависит от тебя самого».

Психолог предложила вспомнить хотя бы одного человека, которому М. могла бы поверить, который вызывает у нее приятные чувства. По мере вспоминания таких людей менялся рисунок клиентки (см. рис. 3).

Мы видим, как на смену чувству страха пришло новое ощущение: мир не так уж злобен и страшен, есть еще другие чувства и желания (продолжить учебу, найти друзей и т. п.).

Психолог предложила сделать со своим «чувством страха и гнева» — рисунком — все, что М. захочется. М. возбужденно воскликнула, что ей хочется разорвать его на части; схватив лист, она вдруг обмякла и, заплакав, сказала, что не в силах этого сделать. Психолог заметила, что у человека всегда есть выбор, как ему поступать: жить с этим чувством или избавиться от него. М. взяла рисунок, робко смяла его, а затем с нарастающей уверенностью разорвала его.

Психолог попросила рассказать о тех чувствах, которые испытывает М. в данный момент

времени. М. описала их как спокойствие, желание действовать.

Пример 2. Психолог вышла из кабинета на шум, доносившийся из-за двери. Двое — мужчина и женщина — громко возмущались и высказывали свое недовольство в адрес сотрудников Красного Креста. Психолог, представившись, предложила им свою помощь, на что они ответили, что не нуждаются в ней, и продолжали возбужденно предъявлять свои претензии. Психолог уредила их высказаться в кабинете. Муж и жена К. согласились.

Клиентам была предоставлена возможность высказать все, что они считали нужным. Супруги К. обвиняли всех людей вокруг себя в бездушии, непонимании, жаловались на бытовые трудности. Выяснилось, что в миграционной службе им очень помогли, а ранее, по пути в Краснодар, им была оказана и помощь в обществе Красного Креста. Кроме того, имея медицинское образование, они когда-то сами были активными помощниками РОКК. Тон голоса, позы, жесты клиентов изменились в процессе беседы. Обозначились психологические проблемы каждого из супругов. Договорились о прохождении индивидуального и семейного консультирования (с К. жила их взрослая дочь). Супруга К., уходя, извинилась

перед сотрудниками Красного Креста за свое поведение.

В дальнейшем с мужем и женой К. было проведено соответственно 3 и 5 индивидуальных сессий и 4 семейные консультации.

В данном случае клиентам была предоставлена возможность вербально выразить агрессию, не задевая чувств окружающих людей, что определило развитие в дальнейшем конструктивного диалога.

Пример 3. К психологу обратилась женщина 50 лет с жалобами на «потерю вкуса к жизни», «бессмысленность существования», эмоциональную нестабильность, выражающуюся в бесконечном желании плакать по любому поводу. Во время первичного консультирования Т. высказывала желание только рассказывать о том, как ей хорошо жилось раньше, до конфликта в Чечне, и как она много плачет сейчас.

В начале коррекционной работы Т. проявляла неосознанное сопротивление (плач, отказ от предлагаемых психологом форм работы). На сессиях с Т. было важно создать условия для эмоционального отреагирования травматического опыта посредством нахождения в прошлом опыте клиентки ресурсного состояния («Я им нуж-

на»), связанного с чувством собственной значимости и важности.

Особенностью работы с Т. являлось то, что она практически не слышала и «читала» по губам.

После нахождения «ресурсов», Т. выразила готовность к психотерапии. Учитывая индивидуальные особенности клиентки, психолог строила работу с ней следующим образом: 1. Запуск процесса когнитивной адаптации: поиск смысла бытия; стремление достичь чувства контроля над кризисной ситуацией и в жизни в целом; попытки помочь клиентке вновь достичь высокой самооценки. 2. Выработка навыков саморегуляции. 3. Социальная адаптация.

С Т. было проведено 8 сессий. В начале работы она испытывала потребность говорить только о прошлом, игнорируя настоящее и совершенно не видя будущего. Для работы с Т. заготавливалась упаковка разовых носовых платков, так как уже с самого начала консультации она заливалась слезами. На последних встречах она строила планы на ближайшее время (посещение компьютерных курсов, поиск работы).

**И.П.Вершкова,
Е.В.Ширина,**

*психологи Минераловодской городской организации
РОКК (Программа «Экстренная помощь перемещен-
ным лицам на Северном Кавказе и Юге России»)*

КОРРЕКЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО- ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ, МОТИВАЦИОННО- ПОТРЕБНОСТНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Для диагностики психологического состояния мигрантов нами использовались различные тесты: опросник нервно-психического напряжения «НПН», предложенный Т.А.Немчиным; шкала астенического состояния (ШАС), разработанная Л.Д.Малковой; шкала сниженного настроения-субдепрессии (ШСНС) (адаптация Т.Н.Балашовой); шкала ситуативной тревожности и шкала личностной тревожности по методике Спилберга, адаптированной Ю.Л.Ханиным; опросник определения уровня посттравматического стресса у вынужденных мигрантов, форма А — симптомы стрессового состояния.

Помимо индивидуальных консультаций, главной целью которых были эмоциональная разрядка и рационализация ситуации, для коррекции психологического состояния мигрантов мы использовали групповые тренинги. То, что у нас получилось, скорее можно назвать тренингом умений, так как основная цель, стоящая перед нами и вынужденными мигрантами из Чечни, была выработать умение достигать релаксации различными путями (например, нервно-мышечное расслабление, предложенное А.Тарас, аутогенная тренировка, предложенная Е.И.Роговым).

Мы считаем, что групповая работа — это важная и необходимая часть коррекционной работы с вынужденными мигрантами из Чечни, так как в ее процессе облегчается выражение эмоций; она побуждает к самораскрытию, знакомит с новыми моделями поведения, позволяет сопоставить личностные особенности отдельных членов группы, способствует распределению ответственности между руководителем и остальными участниками. Конструируя групповые занятия по аутотренингу и релаксации, мы использовали некоторые из процедур, предложенных О.А.Казанским («Игры в самих себя») и В.В.Петрусинским («Игры: обучение, тренинг,

досуг»), Г.С.Абрамовой («Тренинг коммуникативных навыков»). Наиболее эффективными оказались следующие упражнения: «Мои сильные качества», «Хромая обезьяна», «Эмоциональная память», «Озвучивание», «Если бы я был...(ассоциации)», «Сонар», «Мнение», «Хлопки», «Кирпич», «Гравитация», «Зеркало» и др.

Все процедуры были направлены на самопознание, поднятие настроения, выражение взаимоподдержки членов группы друг другу. Участники тренинга отмечали улучшение самочувствия в результате использования АТ и различных способов релаксации, улучшение эмоционального состояния. Они перестали чувствовать себя одинокими, существенно изменилась их самооценка, повысилась уверенность в себе.

Важной частью нашей работы была психокоррекция состояния детей вынужденных мигрантов из Чечни, которые остро нуждаются в помощи психолога. Особое внимание уделялось *психокоррекционным играм и упражнениям, целью которых является снятие страхов и агрессии*. Разыгрывание страха в игре помогает не только изменить личностные отношения, но и уменьшить эмоциональное напряжение. Методы коррекции страхов определяются индивидуаль-

ными особенностями ребенка, конкретным видом страха. В тренинг входят игры и упражнения с использованием следующих методов: анатомирование страха, манипулирование предметом страха, рисование, штриховка, стирание страха, эмоциональные качели и другие. В коррекционной работе с агрессивным ребенком используются следующие методы: игнорирование агрессивной тенденции, нефиксирование на ней внимания окружающих; включение агрессивного действия в контекст игры и придание ему нового социально приемлемого смысла; установление запрета на агрессивные действия ребенка; элементы психодрамы, куклотерапия.

И.С.Володина,

*психолог Ростовского регионального отделения РОКК
(Программа «Экстренная помощь перемещенным
лицам на Северном Кавказе и Юге России»)*

СОВМЕСТНАЯ «ПСИХОЛОГО- РОДИТЕЛЬСКАЯ» РАБОТА С ДЕТЬМИ ВЫНУЖДЕННЫХ МИГРАНТОВ

Наше взаимодействие с родителями (это чаще всего мамы наших будущих маленьких клиентов) начинается уже во время первой встречи, на диагностическом этапе. Наиболее распространенные жалобы родителей (а именно они, естественно, первыми заявляют о «проблемах» детей) — это ночные страхи, сильные эмоциональные реакции на резкие, громкие звуки, агрессивность по отношению к другим детям в семье, нарушения в познавательной сфере («часто отвлекается», «плохо учит новый материал» и т.д.). Здесь мы, используя метод не прямой экспресс-диагностики, предлагаем родителям опросник, направленный на изучение психоэмоционального состояния ребенка, на наличие посттравматического стрессового состояния.

Подобное задание для родителей выступает в качестве определенного упражнения на восприятие и отражение психоэмоционального состояния своего ребенка. В числе наиболее упоминаемых родителями — жалобы на нарушения поведения, чаще всего основанные на оценке внешнего поведения ребенка. Отвечая на опросник, родитель получает возможность оценить и состояние «внутреннего мира» ребенка.

Помимо этого нужно отметить, что родитель также опосредованно оценивает и свое состояние, что зачастую приводит к осознанию необходимости получения им самим профессиональной психологической помощи.

Следующий этап — собственно коррекционный. Родитель наделен большой возможностью «продолжать коррекционное воздействие» за пределами психологической службы. Для достижения этой цели психолог проводит совместные детско-родительские консультационные и коррекционные занятия. В рамках этих занятий происходит обучение техникам аутотренинга, мышечного расслабления.

Работа с психотравмой опирается на использование следующих приемов: рисование, придумывание рассказа о событии, кукольная драматизация. Основная задача психолога — обеспечить

безопасную обстановку, чтобы ребенок смог дальше прорабатывать свое состояние, несмотря на усиливающуюся тревогу. На этом этапе родитель обучается методам адекватного отреагирования на эмоциональные проявления своего ребенка.

В нашей работе мы часто сталкиваемся с явлением, которое можно было бы условно обозначить как «отсутствие познавательных нормативов», особенно у родителей детей старшего дошкольного или младшего школьного возраста. У родителей не формируется «планка требований» к познавательному уровню детей в связи с постоянными затруднениями их обучения на месте прошлого проживания.

В связи с этим обозначается еще один аспект совместной «психолого-родительской работы». На занятиях родители обучаются приемам развития воображения, внимания, памяти, пространственных представлений. В числе других используется обучение технике оригами, которая позволяет совершенствовать мелкую моторику рук, способствует развитию воображения, знакомит с начальными пространственными понятиями: квадрат, диагональ, точка и т.д.

Однако не следует забывать, что в ряде случаев подобное психолого-родительское взаимо-

действие невозможно (например, в случае наличия психопатологических проявлений в поведении у родителя).

Итак, использование такой формы работы, как совместное психолого-родительское взаимодействие является весьма перспективным направлением в психокоррекции эмоциональных и когнитивных нарушений у детей и подростков, выехавших за пределы зоны военного конфликта. Предполагается, что коррекционное воздействие оказывается как по отношению к самому клиенту (ребенку или подростку), так и по отношению к его родителю, обратившемуся с запросом в психологическую службу.

И.И.Дроздова,

*психолог Ростовского регионального отделения РОКК
(Программа «Экстренная помощь перемещенным лицам на Северном Кавказе и Юге России»)*

ОСОБЕННОСТИ ПТСР И ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ У МИГРАНТОВ РАЗНЫХ НАЦИОНАЛЬНОСТЕЙ

Проводя исследование особенностей ПТСР у людей разных национальностей, мы заметили, что проявление стресса отличается у русских мигрантов и у представителей чеченского этноса. Так, для русских мигрантов наиболее характерны симптомы повторного переживания, постоянная фиксация на травмирующих событиях. У мигрантов-чеченцев более выражены симптомы избегания, потеря интереса к жизни, эмоциональное оцепенение, апатия, в то время как у русских показатель этого симптома стресса несколько ниже. Симптомы повышенной возбудимости, негативные поведенческие проявления намного чаще проявляются у чеченцев, чем у русских (см. табл. 1).

Таблица 1

Особенности ПТСР у мигрантов разных национальностей

Критерий	В	С	Д
Русские	7,6	7,1	6,1
Чеченцы	6,7	7,8	7,5

Следует отметить также, что процесс адаптации у многих представителей чеченского этноса проходит успешнее, чем у русских мигрантов. Это обусловлено целым рядом причин.

Во-первых, чеченцы чаще всего переезжают большими группами, семьями и имеют возможность поселиться у родственников или знакомых, которые всячески стараются им помочь, в том числе и материально. Таким образом, мигранты-чеченцы не оказываются одинокими в своих переживаниях, рядом с ними есть те, кто им сочувствует.

Во-вторых, отношение к ним со стороны местных жителей в большей степени соответствует их ожиданиям. Они готовы к тому, что местные могут отнестись к ним равнодушно или негативно. Представления же русских из Чечни о том, как отнесутся к ним местные жители, не совпа-

дают с их ожиданиями, что только усугубляет их и без того сложное психологическое состояние.

Обнаруженные особенности необходимо учитывать в работе психолога с людьми разных национальностей.

Е.Н.Новохатько,

*психолог Ростовского регионального отделения РОКК
(Программа «Экстренная помощь перемещенным лицам на Северном Кавказе и Юге России»)*

НАРУШЕНИЕ ДОВЕРИТЕЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ КАК ПРИЧИНА ДЕЗАДАПТАЦИИ ЛИЧНОСТИ

Кризис идентичности может рассматриваться как нарушение доверительных отношений к себе как субъекту активности и доверия к окружающим, к миру, поскольку не соблюдаются основные условия возникновения доверия. В исследовании Т.П.Скрипкиной в обобщенном виде сформулированы эти условия: окружающий мир (в нашем случае — новая социокультурная среда) вызывает отношение доверия только в том случае, если обладает свойствами безопасности (надежности) и полезности, то есть значимости (имеющими смысл и ценность) для человека. «Полезность», с нашей точки зрения, наиболее общий термин, с помощью которого определяется значимость объекта как с учетом ценностей, так и потребностей, в нем запечатленных (образующих индивидуальные смыслы для человека)

и связанных с возможностью активности человека.

Доверие в таком случае является условием или модусом взаимодействия человека с миром, предшествующим самому взаимодействию, т.е. активности. Нарушения доверительных отношений препятствуют человеку активно и эффективно взаимодействовать с новыми людьми или объектами окружающей действительности и адаптироваться в новых условиях.

Рассмотрим проблему доверия в контексте психотерапевтической работы с мигрантами. Доверие к себе можно рассматривать как доверие к своему жизненному опыту, как умение обобщать и интегрировать этот опыт. Те внутренние защиты человека, с которыми мы работаем в процессе психотерапии, может снять только открытость человека своему опыту. Задача психотерапевта — освободить клиента от защитных реакций, открыть его восприятие для самого себя, для своих потребностей и для требований новой среды. Доверие к себе формируется в процессе движения человека к открытости своему опыту. Психотерапевт, уточняя детали травматического события в процессе работы с клиентом, стимулирует свободное проявление чувств, связанных с произошедшим. Он не подавляет, не

блокирует спонтанное выражение тревожности и вины, беспокойства и враждебности, страха и беспомощности, а поощряет их проявление, принимает и проясняет их для клиента. Как правило, в результате клиент осознает и принимает свой негативный опыт, делает первые шаги на пути формирования доверия к себе.

Необходимо отметить, что доверие к себе и к миру не существуют изолированно друг от друга, поскольку человек обращен одновременно и в мир и в себя. Доверие к миру сопряжено с доверием к себе как части этого мира. Человек всегда доверяет и себе и миру одновременно. Уровни доверия к миру и к себе находятся в состоянии постоянного динамического равновесия. Проблема заключается в уровне (количестве) доверия, обращенного к миру и к себе. Абсолютизация любого из этих полюсов (доверия к себе и к миру) приводит к дезадаптации личности, к патологическим последствиям. Другими словами, человек всегда стремится к соответствию себя миру, поэтому при нарушении этого соответствия человек может либо расширить уровень доверия к миру, либо расширить уровень доверия к себе, чем и определяется стратегия поведения.

У вынужденных мигрантов нарушается единство личности, искажается картина мира и

восприятие самого себя. При нарушении доверия к самому себе у человека изменяются представления о себе, он теряет веру в свои силы и начинает искать опору в новой социальной общности. Он становится заметно обособленным, приверженным только своему «клану». Такое поведение может быть временно необходимой психологической защитой от чувства потери идентичности. Но в целом такая модель поведения не способствует успешной адаптации человека. Утрата доверия к окружающим, к миру у вынужденных мигрантов проявляется во внешней агрессии, в стремлении доминировать. В любом случае формирующиеся механизмы психологической защиты препятствуют эффективной адаптации личности в новой социальной и культурной среде.

Т.Д.Калистратова,

*психолог Саратовской областной организации РОКК
(Программа «Экстренная помощь перемещенным лицам на Северном Кавказе и Юге России»)*

УЧЕТ ГЕНДЕРНОЙ И ЭТНИЧЕСКОЙ СПЕЦИФИКИ КЛИЕНТОВ В КОНСУЛЬТАЦИОННОЙ РАБОТЕ С ВЫНУЖДЕННЫМИ МИГРАНТАМИ ИЗ ЧЕЧНИ

Понятие «гендер» давно и прочно вошло в теорию и практику психологической науки. Вместе с тем, в доступной литературе нам не удалось обнаружить ответ на вопрос, возникший на первых же этапах консультационной практики с вынужденными мигрантами из Чечни: какие формы, средства, приемы психодиагностической, психотерапевтической и психокоррекционной работы более эффективны для мужчин, а какие — для женщин чеченской национальности.

Имея двадцатилетний опыт аналогичной работы с русским населением, автор довольно быстро убедился в том, что его опыт лишь отчасти может быть использован с клиентами-чеченцами.

Существуют выраженные особенности поло-ролевого поведения представителей данного этноса, без учета которых трудно рассчитывать на эффективность психологической помощи. Ни одна из известных нам классификаций консультируемых, ни один из используемых их авторами критериев (будь то единичный или множественный критерий) не может в полной мере помочь в выборе стратегии и тактики поведения с данной категорией людей.

В рамках данной статьи хотелось бы обсудить проблемы психологического консультирования с учетом гендерной специфики клиентов.

Рассмотрение этого вопроса с использованием метода сравнительного анализа, к которому мы хотим прибегнуть, представляется наиболее эффективным, как минимум, по двум причинам. Во-первых, в теории и практике консультационной работы с титульным населением накоплен большой опыт, возможность использования которого в нашем случае совершенно очевидна. Во-вторых, он позволяет ярко высветить различия этнопсихологического характера, которые и составляют основу нашего обсуждения.

Оказывая психологическую помощь и поддержку в рамках русской этнической группы, безусловно, можно и нужно обращать внимание

на гендерные различия клиентов, учитывать специфику их поло-ролевого поведения, которая определяется следующим:

а) отчасти утрачены стандарты «женского» и «мужского» поведения, существовавшие в России, например, в начале XIX века;

б) по сути, нивелированы функциональные различия между представителями мужского и женского пола, нет жесткой дифференциации половых ролей;

в) размываются границы между образом женщины и мужчины, унифицируются не только манеры поведения, но и стиль одежды, прически и пр. Крайним выражением этой тенденции может служить получивший распространение в последнее время молодежный стиль «унисекс».

Иную картину мы обнаружим, анализируя опыт работы с мигрантами чеченской национальности. Современные гендерные идеалы чеченцев основаны на национальных и религиозных обычаях этноса и в полной мере соответствуют традиционным патриархальным представлениям. У чеченцев существовали и существуют выраженные различия и, что особенно важно, стандарты образа, рисунка поведения и функций женщин и мужчин. Если женщина выполняла две основные функции: рождения и воспитания

детей, сохранения (передачи) традиций своего народа, то главные функциональные обязанности мужчины — быть воином, защитником, заботиться о благополучии и благосостоянии семьи. При этом мужчина занимал и занимает доминирующее положение в семье и обществе. Чеченский этнос, безусловно, относится к числу андроцентрических. Образно говоря, — это та надежная «стена», укрывшись за которой в своеобразной психологической нише, существует чеченская семья. Особая роль мужчины накладывает на него и особую ответственность за семью, ее благополучие и благосостояние, за судьбу детей.

Здесь и кроется одна из основных психологических проблем мужчин-чеченцев, вынужденно покинувших республику. Потеряв контроль над ситуацией, лишившись привычных социальных, психологических, экономических и прочих возможностей, они испытывают проблемы самоопределения и самоактуализации. Драматизм ситуации можно оценить в полной мере лишь в том случае, если мы учтем то обстоятельство, что все они воспитывались в рамках «жесткой» культуры, четко ориентировавшей на традиционность жизненного уклада.

Таким образом, существуют условия для возникновения выраженного внутреннего конфликта между необходимостью и желанием выполнить как можно лучше (вопрос престижа) роль главы дома, отца и мужа, и объективной трудностью или невозможностью это сделать.

В психологии хорошо описаны механизмы разрешения внутренних конфликтов, основные приемы и техники психотерапевтической работы с людьми, страдающими от их наличия. Однако практически все они рассчитаны на «гибкие», не регламентированные жестко формы мужского и женского поведения.

Стандарты мужского поведения, принятые в данной культуре, не поощряют, а точнее сказать, исключают публичное проявление слабости, беспомощности при решении жизненных проблем. Именно поэтому трудно представить мужчину-чеченца в стандартной ситуации психологического тренинга, доверительно обсуждающего сокровенные переживания. Само обращение за психологической помощью «лично для себя» в большинстве случаев сопряжено с внутренними колебаниями и требует видимых усилий. Однако обращение за психологической помощью и поддержкой для жены, сестры и детей выглядит естественно, поскольку не нарушает привычного

стереотипа мужского поведения и интерпретируется самим клиентом и окружающими как забота о ближнем, о благополучии семьи, т.е. вполне укладывается в принятые гендерные стандарты.

Единственным исключением в нашей практике может служить прямое обращение за помощью мужчины 46 лет с явными суицидальными намерениями. Кризисность его состояния, острота внутреннего конфликта и послужили причиной выхода за рамки одобряемого гендерного стандарта. В абсолютном же большинстве анализируемых случаев отношения с клиентом-чеченцем требовали учета следующих особенностей и обстоятельств:

1. Избегания прямых вопросов, которые подчеркивают сам факт обращения за помощью. («Чем я могу Вам помочь?» ; «Какая проблема привела Вас ко мне?»).

2. Учета высокой контекстуальности рисунка поведения и наличия «двойного стандарта», который особенно характерен для поведения мужчин.

3. Принадлежности консультанта и консультируемого к разностатусным этническим группам.

4. Наличие «этнической» границы в отношениях с консультантом, которая более выражена у клиентов-мужчин.

Если учесть и то обстоятельство, что в роли консультанта чаще всего выступает психолог-женщина, то перед нами выстраивается специфическая картина, исключающая привычные стандарты в отношениях «психолог — клиент». Представление о том, что клиент озабочен только одним — как можно подробнее рассказать о собственных переживаниях и проблемах, понять возможные пути их разрешения, — быстро утрачивается. В большинстве случаев консультанту приходится преодолевать и «гендерную» границу.

В обобщенном виде схема эффективной психологической работы с мужчинами-чеченцами, нуждающимися в психологической помощи, может быть представлена следующим образом: собственная проблема воспринимается как часть общей, глобальной проблемы чеченского этноса. Общность страданий и анализ их причин обеспечивает достижение психотерапевтического эффекта и отреагирование проблемы на эмоциональном и рациональном уровне.

Основу обращения женщин-чеченок составляют личные (плохое самочувствие, высокий

уровень тревожности, излишняя раздражительность и т.д.) и семейные проблемы (включая вопросы развития, обучения и воспитания детей). За психологической помощью и поддержкой женщины обращаются как по собственной инициативе, так и по совету или настоянию мужчин. Эффективными являются как индивидуальные, так и групповые формы работы. Советы чаще всего воспринимаются как руководство к действию.

Таким образом, существует выраженная специфика в консультационной работе с мужчинами и женщинами чеченской национальности, учет которой позволяет сделать психологическую помощь и поддержку более направленной и эффективной.

Г.И.Пелагеина,

*психолог Саратовской областной организации РОКК
(Программа «Экстренная помощь перемещенным лицам на Северном Кавказе и Юге России»)*

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ЛИСТЫ В РАБОТЕ ПРИЕМНОЙ РОКК

В работе психологических служб большое значение имеет использование информационных листов.

Содержание информационного листа может включать конкретные рекомендации с учетом имеющихся проблем, а также психокоррекционные и развивающие упражнения для взрослых и детей, которые могут быть выполнены без специальной профессиональной подготовки.

Особенно актуальны информационные листы на выездных акциях в места компактного проживания вынужденных мигрантов из Чечни. Обоснование этому: ограниченность по времени любых форм работы на выезде, а также невозможность клиента вновь обратиться к психологу в любой нужный для него момент.

Информационные листы вывешены также и на стенде «Психологическая консультация» в

приемной РОКК — это своего рода заочная форма проведения консультаций. Стенд выполняет следующие функции:

- является привлекательной формой передачи психологических знаний;
- формирует потребность в психологических знаниях.

Иногда именно благодаря информационным листам, расположенным на стенде, клиент обращается за психологической помощью.

В следующем выпуске бюллетеня будут представлены материалы очередного обучающего семинара и круглого стола психологической сети Российского общества Красного Креста по теме «Психологическая помощь мигрантам из зон военных конфликтов: подходы и методы», который состоится в Москве с 12 по 14 марта 2001 года. В работе семинара и круглого стола примут участие преподаватели факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова и психологи из 26 регионов России, работающие по программам РОКК «Миграция населения» и «Экстренная помощь перемещенным лицам на Северном Кавказе и на Юге России», а также сотрудники Научно-практического Центра психологической помощи «Гратис».

ПСИХОЛОГИ О МИГРАНТАХ И МИГРАЦИИ В РОССИИ

Информационно-аналитический бюллетень №2

Издательство «Смысл» (ООО «НПФ “Смысл”»)

103050, Москва—50, а/я 158

Тел./факс (095) 195 9328, 195 9308

e-mail: info@smysl.ru, <http://www.smysl.ru>

Лицензия ЛР № 064656 от 24.06.1996

Подписано в печать 5.03.2001. Формат 60х90/16.

Гарнитура Times.

Бумага офсетная. Печать офсетная. Усл.печ.л. 10,5.

Тираж 500.