

ЗМІСТ

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ПРОБЛЕМИ

| | |
|--|-------|
| Сухаревские чтения-2010. Приумножение традиций П.И. Никульников, В.Г. Мишалов | 17 |
| Диабетическая полинейропатия и α -липоевая кислота: нюансы терапии в свете доказательной медицины Б.Н. Маньковский | 20-21 |
| Головная боль напряжения: болезнь или симптом? С.И. Бекало, И.С. Бекало | 22 |
| XIV Международная конференция Украинской противоэпилептической лиги: в русле мировых тенденций, в помощь практике Л.Р. Зенков, С.М. Харчук, С.Г. Носов | 24-25 |
| Психоневрологія. Дайджест | 30-31 |
| Гореть на работе, но не сгорать: современные направления профилактики и лечения синдрома выгорания у врачей Л.Н. Юрьева | 39 |
| Депрессия и тревога в практике врача соматического профиля Н.А. Марута, Л.Н. Юрьева | 54-55 |
| НЕВРОЛОГИЯ | |
| В-энзимовитаминная терапия при нейропатической боли В.И. Мамчур, А.Г. Родинский, С.Н. Дронов и др. | 3-4 |
| Мигрень: эпидемиология, диагностика, лечение и профилактика Т.С. Мищенко, В.И. Кабачный, И.В. Кабачная | 7-9 |
| Прогнозирование исходов инсульта в исследованиях и на практике Т.С., Мищенко, С.М. Кузнецова, Л.А. Дзяк и др. | 10-11 |
| Гостра запальна демієлінізуюча полірадікулонейропатія: синдром Міллера-Фішера (випадок з практики) О.Є. Коваленко, Д.С. Маньковський, А.І. Галуша та ін. | 12-13 |
| Бетасерк® – 40 лет успеха в мире и 10 в Украине! Р. Халл, Н.С. Алексеева | 14-16 |
| Новые перспективы в лечении рассеянного склероза Н.П. Волошина, N. Putzki, Т.И. Негрич | 18-19 |
| У Львові відбулася ювілейна V школа з вивчення хвороби Паркінсона Я.Є. Саноцький, Л.В. Федоришин та ін. | 23 |
| Тригеминальные вегетативные цефалгии О.Г. Морозова, А.А. Ярошевский | 26-28 |
| Когнітивні розлади у клініці розсіяного склерозу Т.І. Негрич | 29 |
| Диабетическая нейропатия: от понимания патогенеза к осознанному выбору лечебной тактики Т.С. Мищенко | 33 |
| Опыт применения тизанидина в комплексном лечении постинсультных двигательных расстройств Т.В. Мироненко, М.О. Мироненко, Б.О. Федорковская и др. | 34-35 |
| Результаты ретроспективного когортного анализа безопасности применения селективных ингибиторов ЦОГ-2 | 37 |
| Нейропатическая боль: взгляд через призму доказательной медицины | 41 |
| Витаминотерапия в неврологии: традиции и тенденции Н.В. Литвиненко, Т.В. Мироненко, И.С. Луцкий | 45-46 |
| Эпилепсия у женщин: особенности выбора противоэпилептического препарата | 49 |
| ПСИХИАТРИЯ | |
| Школьная дезадаптация (неуспеваемость): взгляд на проблему с позиций детской психиатрии С.И. Табачников, И.И. Марценковская | 42-43 |
| Использование циталопрама для терапии аффективных и тревожных расстройств: обзор литературы и оценка эффективности препарата Прам в клинике пограничных состояний Д.В. Ястребов | 47 |
| XIX Международный конгресс по детской психиатрии (2-6 июня 2010 г., Пекин, Китай) О.П. Мостовая | 50-51 |
| Антиконвульсанты: возможности повышения качества терапии аффективных расстройств А.С. Аведисова | 53 |
| Аутизм у детей: что следует знать о первых симптомах расстройства? О.В. Доленко | 56-58 |
| ПСИХОТЕРАПИЯ | |
| Консультирование как обучение, или О недоученности консультантов Е.Н. Волков | 58-59 |
| НА ДОПОМОГУ КЛІНІЦИСТУ | |
| Объективизация боли | 36 |

*Передплата з будь-якого місяця!
У кожному відділенні «Укрісти»!
За передплатними індексами:*

Здоров'я® України®

«МЕДИЧНА ГАЗЕТА
«ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ – XXI СТОРІЧЧЯ»

35272

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХІАТРІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ»

37633

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, АЛЕРГОЛОГІЯ, РИНОЛАРИНГОЛОГІЯ»

37631

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ДІАБЕТОЛОГІЯ, ТИРЕОІДОЛОГІЯ, МЕТАБОЛІЧНІ РОЗЛАДИ»

37632

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ОНКОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ, ХІМІОТЕРАПІЯ»

37634

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ,
ГЕПАТОЛОГІЯ, КОЛОПРОКТОЛОГІЯ»

37635

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ПЕДІАТРІЯ, АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ»

37638

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ, КАРДІОХІРУРГІЯ»

37639

НАШ САЙТ:

www.health-ua.com

*Архів номерів
«Медичної газети
«Здоров'я України»
з 2003 року*

*У середньому
понад 8000
відвідувань
на день*

О.В. Доленко, главный врач Запорожского областного дошкольного психоневрологического центра санаторного типа

Аутизм у дітей: що слід знати про перших симптомах розладу?

Продолжение. Начало на стр. 56.

Общим признаком таких действий является то, что они наблюдаются ежедневно и практически полностью заполняют времяпровождение ребенка. В некоторых случаях одни повторяющиеся действия в поведении заменяются другими, но чаще всего поведенческий репертуар аутичного ребенка не меняется годами. Попытки членов семьи прервать такие действия нередко вызывают сопротивление и могут стать причиной истерики.

Следует отметить, что истерики встречаются в дошкольном возрасте и у психически здоровых детей. Однако при детском аутизме, когда ребенку недоступен адекватный способ сообщения о своем дискомфорте или потребности, истерики нередко выступают единственным доступным приемом его контроля над ситуацией. При этом чем жестче выражена склонность к образованию стойких привычек, тем больше ребенок подвержен бурным аффектам, поскольку в этом случае истерика закрепляется в качестве поведенческой стереотипии.

Типичным следствием неспособности аутичного ребенка раннего возраста адаптироваться к переменам являются нарушения пищевого поведения и навыки туалета, которые могут серьезно повлиять на качество жизни семьи. В ряде случаев родителям удается вовремя научить ребенка правильному посещению туалета, но чаще этот важнейший навык «застревает» на каком-нибудь этапе и, не успев сформироваться адекватно возрасту, превращается в стойкую привычку. Например, приученный ходить на горшок, ребенок отказывается садиться на унитаз или требует, чтобы горшок стоял только в привычном для него месте перед телевизором. Довольно часто аутичный ребенок привыкает мочиться только в памперс, и попытки родителей с определенного возраста приучить его к горшку вызывают активный протест. Такой ребенок может терпеть по несколько часов, ожидая привычный памперс. У мальчиков возникает проблема научиться правильно оправляться, так как они привыкли мочиться стоя в подставленный горшок. В таких случаях родителям годами не удается отучить ребенка оправляться в штаны. В то же время бывают случаи, когда семья вообще не имеет проблем с навыком туалета, так как в раннем возрасте ребенок посещал ясли, где посещал туалет, копируя поведение других детей. В других ситуациях оформление ребенка в детский сад, наоборот, разрушает уже сформированный навык, или ребенок вообще отказывается посещать туалет в непривычном месте и задерживает мочеиспускание часами до возвращения домой.

Что касается пищевого поведения, то до определенного времени у родителей не возникает трудностей, связанных с едой. И только при достижении их ребенком возраста, когда предполагается, что он может самостоятельно пользоваться ложкой и протирать ему пищу необходимо, появляются проблемы, которые в течение многих лет держат семью в напряжении. Пищевое поведение при аутизме очень подвержено образованию стереотипий, проявляющихся в стойком нежелании ребенка изменять привычным вкусовым ощущениям. Если ребенка с раннего возраста кормили

протертой пищей, то в дальнейшем он, скорее всего, будет отказываться от супа, где находятся кусочки картошки или мяса. Часто пищевые пристрастия ограничиваются только сухой пищей в виде сухариков или орешков. На пищевых привычках сказываются и особенности сенсорного восприятия, когда предпочитается или отвергается пища определенного цвета, температуры и т.д. Протест у ребенка может вызвать смешение разных продуктов в одной тарелке или появление непривычных сезонных продуктов (клубника, свежие овощи). Мать такого ребенка, стараясь хоть чем-то его накормить, оставляет сухую еду на тарелке где-нибудь в доступном месте. В результате тревожные опасения по поводу того, что ребенок останется голодным, приводят к еще большему оскудению пищевого рациона. Бывают ситуации, когда проблема с едой возникает после выхода матери на работу. Заменяющий ее родственник (бабушка или отец) начинает кормить ребенка простой в приготовлении пищей (сосисками, бутербродами), которая в последующем превращается в стойкую пищевую привычку. В тяжелых случаях пищевой рацион может состоять исключительно из хлеба, печенья и кока-колы, а иногда ребенок вообще отказывается от пищи в течение нескольких дней. Нередко из-за сложностей в приучении к туалету и несбалансированного питания у аутичных детей возникают упорные запоры.

Вышеописанные проблемы поведения, характерные для детского аутизма, могут варьировать у разных детей и зависят от тяжести расстройства и поведения окружающих взрослых. К примеру, оформление ребенка в детское учреждение в возрасте до 2 лет нередко нивелирует проблемы кормления и туалета, так как соответствующие навыки могут сформироваться в результате копирования поведения других детей или последовательных действий воспитателя. Однако пребывание в организованном коллективе часто является причиной актуализации других деструктивных форм поведения (усиление двигательных стереотипий, агрессия и самоагрессия), связанных со стрессовыми переживаниями аутичного ребенка, не способного усваивать и обобщать социальный опыт. Наличие того или иного патологического симптома в клинике аутистического расстройства также напрямую связано с возрастом. К примеру, проблемы контакта со сверстниками практически не отмечаются родителями до трехлетнего возраста, а после пяти лет поведенческий рисунок аутичного ребенка вообще может существенно трансформироваться.

Резюмируя вышесказанное, следует подчеркнуть, что формирование социального поведения имеет огромное значение и определяет адаптацию и дальнейшее развитие ребенка. С точки зрения этологии гибкость поведения и обучаемость стали основой выживания человеческого вида. Несомненно, правильная квалификация нарушений поведения у детей раннего возраста и осторожность детских врачей в отношении расстройств аутистического спектра может значительно изменить качество жизни многих семей.

Список литературы находится в редакции.

Е.Н. Волков, Государственный университет – Высшая школа экономики, г. Нижний Новгород, Россия

Консультирование как



Е.Н. Волков

Что происходит и что может происходить между специалистом и клиентом в процессе консультирования как психологической помощи? Попробую набросать основные варианты, имея в виду не только то, что прописано в учебниках, но и то, с чем клиенты сталкиваются в реальной практике (даже с весьма нежелательным) или, наоборот, почти никогда не сталкиваются (даже с весьма желательным):

- общение как всего лишь общение (времяпровождение, если воспользоваться классификацией отпа транзактного анализа Эрика Берна: «Серия простых, дополнительных транзакций, сгруппированных вокруг конкретной темы. Времяпровождения... не имеют цели. Их функция — заполнение времени; распределение знаков внимания, «поглаживания» между участниками...»);

- деятельность (опять же в смысле Э. Берна: «Деятельность — это транзакции, осуществляемые для достижения реальной, хорошо сознаваемой цели. Цель в данном контексте — это желательный итог, представляемый результат. Деятельность в отличие от времяпровождения и ритуалов осуществляется не для получения внимания и заполнения времени, а во имя достижения цели»);

- игра как подмена деятельности, с преследованием скрытых целей участников (опять поклон Э. Берну: «Игра — это серия скрытых дополнительных транзакций с уловкой и четко определенным, хорошо предсказуемым исходом. Внешне игра похожа на деятельность. Главный игрок (протагонист), как правило, представляет, чего он хочет, заявляет об этом вслух, и это действительно похоже на цель. Однако затем он совершает действия, приводящие его к совершенно другому результату. Поскольку эта последовательность часто повторяется, у непредвзятого наблюдателя создается впечатление, что игроку нужно именно то, что он получил, а не то, что декларировал как свою цель. То, что игрок реально получает в результате своих манипуляций, называют «выигрышем» или «психологической выгодой»);

- суггестия — контрсуггестия — контронтрсуггестия, если вспомнить концепцию Б.Ф. Поршнева о возникновении и структуре социальной коммуникации;

- манипуляция («Манипуляция — это вид психологического воздействия, искусное исполнение которого ведет к скрытому возбуждению у другого человека намерений, не совпадающих

с его актуально существующими желаниями»);

- дезориентирование клиента (внушение ложных и неверных представлений о его проблемах и способах их решения, демонстрация неконструктивных или патологических образцов мышления и поведения со стороны консультанта);

- психотравмирование (нанесение психологических травм различными способами или усугубление тех травм, с которыми клиент пришел за помощью);

- имитация деятельности с применением фантомных явлений и процессов (использование в психотерапии и «целительстве» фантомов, то есть явлений и процессов, не существующих в реальности или не обладающих приписываемыми им свойствами, вроде «кармы», «биополя», «гештальта», «либидо», «эдипова комплекса», «очищения кармы» или «исправления энергии» и т. п.);

- преднамеренное введение в заблуждение (обман), в том числе мошенничество;

- непреднамеренное введение в заблуждение как внушение искренне разделяемых консультантом иллюзий и мифов;

- корректное использование формальной логики, статистики, твердо установленных и проверенных фактов, визуальных и других методов предоставления релевантной и валидной информации;

- массивное использование нерелевантной и невалидной информации, неконкретных общих (пустых) текстов, софизмов, других нарушений логики, некорректное применение статистики, визуализаций и наглядных методов;

- исследование и анализ ситуаций и проблем;

- выработка и принятие решений;

- викарное (опосредованное) научение в процессе наблюдения за поведением других людей (например, консультанта, а в групповой психотерапии — и за другими участниками сессий) и его последствиями;

- передача научных знаний в той или иной форме;

- передача ненаучных и псевдонаучных, в том числе оккультно-эзотерических, представлений и мифов;

- фасилитация рефлексии клиента и поддержка осознания им своих проблем и своего поведения;

- эмоциональная дестабилизация и заражение клиента нездоровыми эмоциями и фобиями;

- эмпатическое принятие эмоций клиента и предоставление ему возможности их выражения и конструктивной проработки;

- обучение как teaching (в том смысле, что консультант выступает как эксперт-профессионал по определенным процессам и технологиям, которые он может организовать во взаимодействии с клиентом, и по знаниям и навыкам, которые он может передать клиенту);

- научение как learning (в том смысле, что клиент выступает как учащийся и тренирующийся, овладевающий определенными знаниями и навыками).

Вполне допускаю, что перечислил не все явления и процессы, возникающие между специалистами по психологической помощи, и теми людьми, которые им

обучение, или О недоученности консультантов

доверились в своей беде, и готов с благодарностью принять дополнения и критические поправки. Понятно также, что указанные варианты могут разнообразно сочетаться в одно и то же время и в одном и том же месте — что-то с большей, что-то с меньшей вероятностью, а также найдутся и несочетаемые вещи. А теперь попробуйте ответить на вопрос: в рамках каких консультативных или психотерапевтических подходов достаточно подробно и квалифицированно обсуждаются все или хотя бы большинство перечисленных аспектов взаимодействия между консультантом и клиентом? И получают ли в вузах или при повышении квалификации будущие и действующие специалисты по психологической помощи адекватные знания и навыки по всем этим аспектам? И ставится ли, и исследуется ли в полной мере вопрос о сравнении вклада каждого из недеструктивных аспектов в эффективность консультирования? И вообще, ставится ли по-настоящему вопрос о полноте коммуникативной, логической и научной подготовки консультантов и психотерапевтов с точки зрения соответствия научному и технологическому уровню XXI века и обеспечению максимально возможной эффективности в отрасли помогающей психологии?

Попытка ответить на эти вопросы покажет, как мне представляется, что одна из острейших и фундаментальнейших проблем помогающего консультирования (по крайней мере, в СНГ, но, насколько мне известно, и более развитые страны эту проблему не торопятся осознать и решать) — это существенная недообученность, недокомпетентность даже лучших специалистов в этой сфере. На этой проблеме я и сосредоточил внимание в данной статье, но сразу хочу анонсировать замысел рассмотреть в следующих статьях качества клиента как продукта современного общества и современного образования — обе стороны в процессе помощи равноответственны, так что я не собираюсь делать консультанта козлом отпущения, пусть клиент сам отвечает за свои грехи.

А сейчас я остановлюсь на том, о чем заявлено в названии, — на недоученности консультантов и на том, что консультирование как эффективный процесс решения проблем — это прежде всего обучение, и на связи первого со вторым.

Наиболее распространенными и признаваемыми процессами в консультировании являются фасилитация рефлексии клиента и поддержка осознания им своих проблем и своего поведения, эмпатическое принятие эмоций клиента и предоставление ему возможности их выражения и конструктивной проработки. Это уже неплохо для начала. Но обучают ли консультантов и психотерапевтов исследованию и анализу ситуаций и проблем; технологиям выработки и принятия решений; корректному использованию формальной логики, статистики, твердо установленных и проверенных фактов, визуальных и других методов предоставления релевантной и валидной информации; принципам и методам обучения и научения? Обучают ли их четкому отграничению научно подкрепленных явлений и установленных фактов от чисто гипотетических и фантазных концептов и честному научному объяснению клиенту, на

что консультант опирается в своей работе, в чем он компетентен, а в чем — нет?

Кое-где кое-чему кое-как — возможно, да. Но по существу и в жесткой привязке к консультированию — нет, потому что в нашей системе образования этому — критическому мышлению и честному профессионализму — практически никого и никак не учат, не только психологов и психотерапевтов.

Предположим, однако, что всему этому действительно обучали бы (надеюсь, что в ближайшем будущем это произойдет). Тогда, вероятно, возникнет другая проблема — станет яснее, что психологическая помощь является гораздо более сложным процессом и что один и тот же специалист вряд ли способен обеспечить ее в полном объеме и во всех важнейших аспектах.

Но то обстоятельство, что консультанты научены или способны делать что-то односторонне-ограниченное, еще не является непреодолимым препятствием к их оптимальному вкладу в помощь клиенту. Если консультант ясно понимает и честно признает ограниченность своего профессионального инструментария, то он может также ясно и честно объяснить это клиенту и предложить ему именно то, что делает лучше всего. Клиент, со своей стороны, может задействовать несколько консультантов — или консультанты могут разработать и предложить групповую форму помощи, в рамках которой будут объединены необходимые компетенции. Последнее не обязательно увеличивает стоимость консультирования для клиента, в итоге возможно даже снижение суммарной стоимости достижения желаемого результата, поскольку процесс терапии может быть более эффективным и более коротким, когда определенные аспекты проработки проблемы клиент проходит с теми консультантами, которые в них наиболее компетентны и опытны. Такой взгляд на консультирование, кстати, позволяет подойти критически и к мифу о необходимости для клиента нахождения единственного «своего» психотерапевта, или коуча, моды последних лет.

Так какая же концепция консультирования и в наибольшей мере рефлексировать указанные проблемы и предлагает наиболее широкий и наиболее научно разработанный инструментарий? В сравнении со всеми остальными подходами наиболее продвинутым и вооруженным — и методологически, и технически, причем подавляющим образом, — является когнитивно-поведенческий подход, и это отражает изначальную последовательную и принципиальную научную позицию представителей этого направления и их ясное представление, что основные процессы эффективного консультирования как целенаправленной деятельности — это процессы обучения и научения.

Тему о сходстве психологического консультирования с обучением я уже поднимал в одной из статей о рационально-эмоционально-поведенческом консультировании (РЭПК) по А. Эллису. Актуальным и важным это сопоставление мне представляется потому, что непонимание и непризнание этого сходства приводит к возникновению и игнорированию многих проблем как со стороны клиента, так и со стороны консультанта. Весьма интересным видится

и поиск взаимосвязей между сложившейся в обществе системой социализации, прежде всего в виде системы формального образования, и системой психологической помощи, то есть тем, как ведут себя и консультанты, и их актуальные и потенциальные клиенты.

Фактически консультирование, если оно организуется и выстраивается как эффективный процесс решения проблем, является чистым обучением, точнее, проблемным обучением, о котором столько говорят и к которому стремятся хорошие педагоги. Другие элементы присутствуют (раппорт, эмпатия и прочее), но они присутствуют и при правильном обучении в любом другом контексте. А правильное обучение — это обучение в процессе решения проблем.

Обучение большинству людей представляется чем-то, что происходило с ними в средней школе или ВУЗе и что вроде бы никак не ассоциируется с консультированием и психотерапией. Но в школе и во многом в ВУЗе обучение (то, что делает преподаватель как эксперт и тренер) и научение (то, что делает учащийся именно как учащийся — научающийся себя — и тренирующийся) пока далеко не преобладающие процессы, а лишь вкрапления в другой процесс, который в английском языке удачно обозначен как *schooling* (а не *teaching* и *learning*) и который в русскоязычном варианте вполне можно обозначить как «школирование» или «вышколивание». О «школировании» — в следующих статьях. Вернемся к обучению как таковому.

И в обучении, и в консультировании самая главная задача — инициирование и поддержание самостоятельной работы над проблемой учащегося/клиента. Но может ли консультант фасилитировать и поддерживать те аспекты клиентской работы, в которых он, мягко говоря, слаб и не обучен, относится к ним отрицательно или считает неважными и ненужными? Если консультант, например, не владеет логикой, то он и не может обучить клиента логике, в которой, возможно, и заложен один из корней проблем последнего. Если консультант не умеет правильно выстраивать и преподносить аргументацию, анализировать данные, организовывать процесс выработки и принятия решений, корректно критически дискутировать: не слишком ли куцей оказывается зона его профессиональной ответственности и не слишком ли завышенную плату он требует с клиентов за свои столь ограниченные возможности?

Необходимость признания обучения как важнейшей функции консультирования и приведения системы подготовки психологов и психотерапевтов в соответствии с этим обстоятельством связана не только с тем, что процесс обучения фактически составляет основу эффективности психотерапевтических сессий, осознают это специалисты или нет.

Во-первых, современная психотерапия и явно, и неявно претендует не столько на частичную коррекцию отдельных сторон личности, сколько на существенное переформирование индивида, что невозможно без обучения тем новым свойствам, которые предполагаются тем или иным психотерапевтическим подходом. А. Эллис, например, прямо ставит главной задачей РЭПК

коренную перестройку мировоззрения клиента через дискуссию и обучение. Другие подходы, провозглашающие на словах «всего лишь» «возвращение к подлинному Я» или «обретение самоактуализации», на деле вынуждены и создавать соответствующие модели, и прямо или косвенно обучать своих клиентов этим изобретенным концептам, как бы они от этого не откешивались.

Во-вторых, фундаментальными проблемами современного индивида являются пустота и аморфность, которые могут разрешаться только соответствующим обучением, или, другими словами, досоциализацией в смысле дополнительной социализации, дотягивающей индивида до знаний и навыков, обеспечивающих адекватное и удовлетворяющее существование в современном социуме. Эти же проблемы могут решаться и деструктивным способом, посредством десоциализации, то есть через ограничение вовлеченности индивида в социум и изоляции его в резервах деструктивных культов. Психотерапия, соответственно, должна оцениваться по тому, насколько она помогает клиентам досоциализоваться и научиться полноценно жить с другими людьми в стремительно меняющемся обществе, а не замыкаться в отчужденной индивидуальной или культовой реальности.

В современных условиях, таким образом, консультанты и психотерапевты обязаны прямо признать и отрефлексировать свою педагогическую и андрогогическую роль. Я уже писал ранее об идее американского психолога Говарда Кассинова о введении психологии как обязательного предмета с первого по выпускной класс средней школы как средстве радикально избавить консультантов от необходимости заниматься почти исключительно ликвидацией психологической безграмотности у клиентов послешкольного возраста. Полагаю, что даже в случае реализации этой идеи обучающая функция психотерапии не элиминируется, а только продолжит реализовываться на более серьезном и интересном материале и получит возможность перейти, условно говоря, со «школьного» уровня на «университетский». Я еще обращаюсь, вероятно, к теме содержания и качества тех проблем, с которыми приходят клиенты, но есть существенные основания предполагать, что многие из них вполне посильны для самостоятельного преодоления при определенном уровне социальной и психологической грамотности. Желательно как можно быстрее признать, что помогающая практическая психология преимущественно «подчищает» недоработки существующей системы образования, а не работает с некими запредельными экзистенциальными проблемами, не подвластными уму и рассудку.

Признание такой сложившейся ситуации неизбежно потребует от профессионального помогающего сообщества серьезного переосмысления содержания и возможностей консультирования, конкретных проектов по перестройке школьного и вузовского образования и, может быть, самое главное, — начать учиться заново своему ремеслу настоящим образом.